

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES (CCHLA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA**

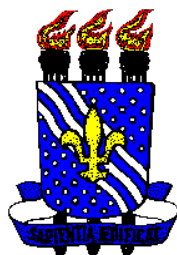
ALICEANA RAMOS ROMÃO DE MENEZES ARAÚJO

**TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO
FISIOTERAPEUTA:**

Reconhecimento e Inter-relações no Campo da Saúde

João Pessoa - PB

2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES (CCHLA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA**

ALICEANA RAMOS ROMÃO DE MENEZES ARAÚJO

**TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO
FISIOTERAPEUTA:**

Reconhecimento e Inter-relações no Campo da Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para o título de doutora em Sociologia.

Orientação: Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi.

João Pessoa - PB

2014

A663t Araújo, Aliceana Ramos Romão de Menezes.

Trajetória profissional do fisioterapeuta:
reconhecimento e inter-relações no campo da saúde /
Aliceana Ramos Romão de Menezes Araújo.- João
Pessoa, 2014.

201f. : il.

Orientador: Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA

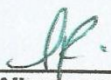
ALICEANA RAMOS ROMÃO DE MENEZES ARAÚJO

**TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO
FISIOTERAPEUTA:**

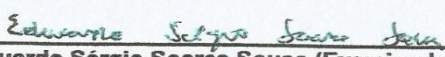
Reconhecimento e Inter-relações no Campo da Saúde

Aprovada em: 22 de abril de 2014

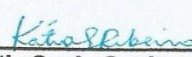
BANCA EXAMINADORA



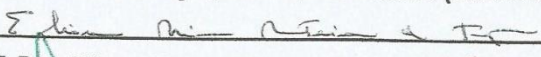
Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Orientador/UFPB)



Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa (Examinador Interno/UFPB)



Prof. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (Examinadora Interna/UFPB)



Prof. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte (Examinadora Externa/UFPE)



Prof. Dra. Diracy de Araújo Vieira (Examinadora Externa/ FIP)

João Pessoa

2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a paiho (*in memoriam*), pelo significado que teve em minha vida, pela confiança que sempre depositou em mim, pelo extremo valor que sempre deu a busca pelo saber e que, por isso, mesmo com sete filhos e pouco recurso financeiro, sempre proporcionou a todos uma boa educação e, finalmente, por sempre me dizer que o saber é a única coisa que é verdadeiramente nossa. A ti meu AMOR eterno, eu dedico não só esta tese, mas toda minha construção acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, força maior em minha vida, luz que guia minha caminhada; sempre mostrando que existe uma saída quando pensamos que tudo está perdido. Companheiro de todas as horas, difíceis e fáceis, felizes e tristes; amor incomparável. A ti Senhor todo agradecimento é pequeno, é insignificante, pois foi com a confiança que tenho em ti que consegui sempre chegar onde vós permitistes.

A alguém que foi fundamental desde o início até o final desta tese, meu orientador **Artur Perrusi**, que mesmo eu sendo uma anônima da internet a procura de um orientador, ele me acolheu e acreditou em mim, sempre presente quando eu precisava; nunca vi ninguém tão rápido para responder às solicitações. A sua sabedoria e o seu equilíbrio emocional, fez tudo parecer mais suave. A você querido Artur, um forte abraço e meu muito obrigada!!!

Ao sempre querido **Eduardo Sérgio**, que esteve presente como mestre, médico e amigo, participando da construção da tese e vivenciando comigo momentos conflituosos de doença, que surgiram no decorrer de todo o processo. Também por compartilhar o seu saber durante a qualificação, enriquecendo o conteúdo deste trabalho.

A professora **Ednalva Neves** que participou de minha banca de qualificação e que me fez desconstruir e reconstruir a tese com seu olhar peculiar, tornando o trabalho mais árduo, porém mais enriquecedor.

As professoras **Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Eliane Maria Monteiro da Fonte e Diracy de Araújo Vieira** que participaram da etapa final desta construção, agregando saber e riqueza, por meio de intervenções pertinentes e sábias. A vocês, minha admiração e meus agradecimentos.

Aos meus filhos **Paulo José e João Vitor**, que são minha maior pós-graduação, pois com eles aprendi e aprendo, coisas que estudo nenhum me traria. Eles são minha riqueza, são sonhos concretizados (e o principal deles o de ser mãe), são meus

maiores incentivos para adentrar neste universo de tantas disputas, em busca de um “lugar ao sol”, e com isso, poder proporcionar a eles uma vida mais digna.

A **Rozeilton**, mais que marido, companheiro, “joia rara” nos dias de hoje, sempre do meu lado, suportando minhas crises, minhas cirurgias e minhas ausências; cuidando dos nossos filhos para que eu tivesse um “tempinho livre” para desenvolver a tese.

A minha mãe **Maria José**, que diante da morte de pai, sustentou a barra e não nos deixou desanimar diante das dificuldades que surgiram, ela e minha irmã **Mana** (com seu jeito peculiar de ver as coisas da vida), foram fundamentais para prosseguirmos com os estudos e chegarmos a um curso superior.

A minha irmã **Marta**, muito querida, alguém extremamente amável, sempre disposta a ajudar a todos, ela foi sempre minha “cuidadora”, alguém a quem eu não tenho como agradecer tão extrema foi e é, sua dedicação. Também por ter cuidado dos “nossos filhos” durante a reta final desta pesquisa.

A minha sempre pequena e querida irmã **Emília**, pelo tamanho de nossa ligação espiritual e das nossas ligações pela TIM, pois mesmo distantes conseguimos compartilhar tudo diariamente, e principalmente, por ter me dado um presente de Deus, mais um filho para minha vida, nosso pequeno **João Paulo**.

A Dona **Nevinha** e seu **José**, os meus amados sogra e sogro, presentes de Deus em minha vida, pessoas que me acolheram como filha e que dividem comigo as alegrias e angústia do cotidiano.

A minha amiga **Luzimar** (Nova) que faz parte da minha “rede de cuidados”, para mim ela é mãe, amiga e avó dos meus filhos.

As minhas amigas e companheiras de luta, **Mariana**, **Pollyana**, e **Jânia**. Dividimos angústias, alegrias e muitas expectativas desde a seleção até o final.

A minha amiga **Aninha**, pelo seu incentivo, por aumentar minha autoestima, dizendo sempre: “amiga, você consegue, você sempre consegue, vamos apenas comemorar”.

A minha amiga **Rosa Camila** que, misturado ao doutorado, havia os problemas do cotidiano no trabalho e era com ela que por vezes desabafava.

A minha amiga e comadre **Sueny** que conseguiu me passar um pouco do seu jeito “Zen” de ser e por levar a vida de uma forma sábia, valorizando a simplicidade, o amor e desvalorização do medo.

A **Eliane**, vizinha e amiga, que fez parte da narração de toda trajetória do doutorado, sempre disposta a escutar.

A todos que fazem o **programa de pós-graduação em Sociologia da UFPB**, em especial a **Nancy** e **Sandra** que sempre me receberam muito bem, com paciência e eficiência na resolução dos problemas.

Aos **colegas fisioterapeutas** que participaram como sujeitos da pesquisa, se dispuseram e abriram sua vida profissional como em um confessionário. Obrigada pela confiança.

RESUMO

O presente estudo tenta compreender a construção da trajetória do fisioterapeuta em João Pessoa-PB. O interesse veio da inquietação em ser fisioterapeuta e em tentar compreender, a partir da percepção dos pares, como vem sendo construída a trajetória dessa profissão, já que, como outras, seu surgimento se deu às margens da profissão médica. Inicialmente, fez-se necessário resgatar conceitos da sociologia que promovessem um embasamento para a discussão em torno dos seguintes eixos: trajetória, reconhecimento e inter-relações no campo, em que os mesmos estiveram sempre interligados a outros conceitos como o de campo, vocação e mercado de trabalho. Diversas fontes foram consultadas, como livros e artigos científicos (impressos e online) que tiveram como fonte de extração as bases de dados acadêmicos (Lilacs, Scielo, Bireme, EBSCOhost e Google acadêmico), utilizando-se de publicações que estivessem em sua íntegra textual. Vários autores subsidiaram este entendimento, porém alguns se fizeram os pilares da pesquisa, com Parsons, Freidson, Bourdieu, Foucault, Honneth e Thayer. Concomitante ao embasamento teórico esteve a pesquisa empírica que foi construída através dos discursos dos fisioterapeutas e do entendimento do seu campo de atuação que se montou a partir das visitas aos locais necessários para este entendimento. A pesquisa empírica foi realizada no período de janeiro de 2012 a setembro de 2013 com as entrevistas e as anotações do diário de campo. Inicialmente se fez a composição da amostra que foi possível através da construção de redes entre os fisioterapeutas, totalizando 17 fisioterapeutas de ambos os gêneros e com média de atividade profissional de 11,5 anos. Em um segundo momento foram realizadas as entrevistas em ambiente, data e horário que melhor conviesse ao pesquisado, seguindo a orientação de um roteiro semiestruturado. Após cada entrevista a mesma foi transcrita pela pesquisadora, lida, relida, compreendida e analisada à luz da sociologia. Dessa forma, a trajetória do fisioterapeuta em João Pessoa, assim como de tantos outros profissionais, está mergulhada em uma infinidade de contextos que, pela dinâmica do mundo e dos sujeitos, sofrem modificações a cada dia, marcada por incertezas, que geram inseguranças quanto ao futuro da profissão.

Palavras-chave: Fisioterapeuta, Trajetória, Reconhecimento, Inter-relações. Mercado de trabalho.

ABSTRACT

The present study attempts to understand the construction of the trajectory of the physiotherapist in João Pessoa – PB. The interest came from the uneasiness of being a physiotherapist and to attempt to understand through the perception of peers how the trajectory of this profession has been constructed, since, like others, its emergence occurred on the banks of the medical profession. Initially it became necessary to rescue concepts of sociology that promoted a base for discussion around the following axes: trajectory, recognition and interrelations in the field, where these were always linked to other concepts such as field, vocation and work market. Several sources were consulted, such as: books and scientific papers (printed and online) that had as extraction sources the academic databases (Lilacs, Scielo, Bireme, EBSCOhost e scholar Google), using publications that were in their full text. Several authors have subsidized this understanding, although some have become the pillars of the research, such as Parsons, Freidson, Bourdieu, Foucault, Honneth and Thayer. Simultaneous to the theoretical base has been the empirical research that was constructed through the physiotherapists' speech and the understanding of their working field that was assembled through visitations to the necessary locations for this understanding. The empirical research took place in the period of January of 2012 to September of 2013 with the interviews and the notes of the field diary. Initially the composition of the sample was made and this was possible through the construction of networks among the physiotherapists, totaling 17 physiotherapists of both genders with average of professional activity of 11.5 years. In a second stage the interviews were made in an environment, date and time that better suited the person being researched, following the guidance of a semi-structured survey. After every interview the researcher transcribed, read, reread, comprehended and analyzed it by the light of sociology. Thus, the trajectory of the physiotherapist in João Pessoa, as well as many other professionals, is steeped in a multitude of contexts, the dynamics of the world and of the subjects undergo changes every day, marked by uncertainties, which generate uncertainties about the future of the profession.

Key-words: Physiotherapy, Trajectory, Recognition, Interrelations, Work market.

RESUMÉ

La présente étude essaye de comprendre la construction de la trajectoire du kinésithérapeute à João Pessoa-PB. L'intérêt est venu de l'inquiétude d'être kinésithérapeute et d'essayer de comprendre à partir de la perception des pairs comme se construit la trajectoire de cette profession, tandis que, comme d'autres, son émergence a eu lieu aux marges de la profession médicale. Initialement, il était nécessaire de rappeler les concepts de la sociologie qui favorisaient une fondation pour la discussion autour des axes suivants: trajectoire, reconnaissance et interrelations dans le terrain, où les mêmes étaient toujours interconnectés à d'autres concepts comme celui du terrain, de la vocation et du marché du travail. Plusieurs sources ont été consultées, comme: livres et articles scientifiques (imprimés et online) qui ont eu comme source d'extraction les bases de données académiques (Lilacs, Scielo, Bireme, EBSCOhost et Google académique) en s'en servant de publications qui étaient dans sa totalité textuelle. Plusieurs auteurs ont subventionné cette compréhension, par contre certains sont devenus les piliers de la recherche, comme Parsons, Freidson, Bourdieu, Foucault, Honneth et Taylor. Concomitante à la fondation théorique était la recherche empirique qui a été construite par le discours de kinésithérapeutes et de leur compréhension de leur domaine qui a été assemblé à partir des visites sur les sites nécessaires à cette compréhension. La recherche empirique a été réalisée dans la période du Janvier 2012 à Septembre 2013 avec les entretiens et les notes du journal de terrain. Initialement on a fait la composition de l'échantillon qui était possible par la création de réseaux entre les kinésithérapeutes, un montant total de 17 kinésithérapeutes des deux sexes et avec une moyenne d'activité professionnelle de 11,5 ans. Dans un deuxième moment les entretiens ont été réalisés sur site, date et horaire qui mieux conviendrait au sujet, suivant l'orientation d'une feuille de route semi structurée. Après chaque entretien le même a été transcrit par la chercheuse, lu, relu, compris et analysé à la lumière de la sociologie. Ainsi, la trajectoire de la physiothérapeute à João Pessoa, ainsi que de nombreux autres professionnels, est ancrée dans une multitude de contextes, la dynamique du monde et des sujets subissent des changements tous les jours, marquée par des incertitudes, qui génèrent des incertitudes quant à l'avenir de la profession.

Mots-clés: Kinésithérapeute, trajectoire, reconnaissance, interrelations, marché du travail

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de João Pessoa
ASPER	Associação Paraibana de Ensino Renovado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFET	Centro Federal de Educação e Tecnologia
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Enade	Exame Nacional do Ensino
FAC	Faculdade de campina Grande
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FENAFITO	Federação Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
FIP	Faculdade integrada de patos
FMN	Faculdade Maurício de Nassau
FSM	Faculdade Santa Maria
FUNAD	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa
INPER	Instituto Paraibano de Ensino renovado
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEP	Instituto de Previdência do Estado da Paraíba
IPM-JP	Instituto de Previdência do Município de João Pessoa
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PESTALOZZI	Associação voltada para Educação
PSF	Programa de Saúde da Família
RPG	Reeducação Postural Global
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade estadual da Paraíba
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIPÊ	Centro de João Pessoa

URNe

Universidade do Nordeste

UTI

Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Primeiras Instituições Públicas com serviço de fisioterapia na Paraíba.....	70
Quadro 2:	Principais Leis, Emendas e Decretos que regem a profissão do fisioterapeuta.....	71
Quadro 3:	Instituições de Ensino Superior de Fisioterapia na Paraíba, data de surgimento e carga horária atual dos cursos.....	78
Quadro 4:	Relação das Especializações Reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Propósitos Funcionais da Socialização.....	37
Figura 2:	Meta e Crescimento Real do Número de Equipes de Saúde da Família (PSF) no Brasil até Agosto de 2011.....	54
Figura 3:	Distritos Sanitários e Número de PSF's referente a cada Distrito em João Pessoa.....	55
Figura 4:	Implantação dos NASF's no Brasil e Municípios Contemplados.....	58
Figura 5:	Evolução do Número de Equipes do NASF no Município de João Pessoa-PB de 2010 a 2013.....	59
Figura 6:	Surgimento e Crescimento dos Cursos de Fisioterapia no Brasil...	75
Figura 7:	Modelos de Atuação Profissional do Fisioterapeuta: Hegemônico e Contra-hegemônico.....	86
Figura 8:	Número de Fisioterapeutas na Paraíba e no Município de João Pessoa nas duas últimas décadas.....	91
Figura 9:	Construção do <i>Habitus</i> do Fisioterapeuta.....	97
Figura 10:	Evolução do Número de Clínicas de Fisioterapia na Paraíba e em João Pessoa nas duas últimas décadas.....	109

SUMÁRIO

PARTE I

APRESENTAÇÃO.....	19
ESTRUTURA DA TESE.....	22
A PESQUISA EMPÍRICA.....	23
PERCURSO METODOLÓGICO	24
Dilemas e Dificuldades.....	29
FAZENDO PARTE DO CONTEXTO.....	29

PARTE II

CAPÍTULO 1.....	32
Os estudos sobre processo de profissionalização, trajetória e vocação	
1.1 PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO.....	32
1.2 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E VOCAÇÃO.....	43
1.2.1 Trajetória Profissional do Fisioterapeuta.....	43
1.2.2 Vocação profissional.....	45
 CAPÍTULO 2.....	 50
A Formação da profissão de Fisioterapeuta: Campo da Saúde, História da Profissão e Institucionalização: Ensino e Órgãos de Classe.	
2.1 O FISIOTERAPEUTA NO CAMPO DA SAÚDE.....	50
2.1.1 As Inter-relações Profissionais no Campo da Saúde.....	62
2.2 HISTÓRIA DA PROFISSÃO.....	68
2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO: ENSINO E ÓRGÃOS DE CLASSE.....	74
2.3.1 O Ensino em Fisioterapia.....	74
2.3.2 Os Órgãos de Classe na Profissão do Fisioterapeuta	90
 CAPÍTULO 3.....	 94
Profissão de Fisioterapeuta: Identidade e <i>Habitus</i>; Autonomia e Reconhecimento; Mercado de Trabalho em Saúde	

3.1 IDENTIDADE E <i>HABITUS</i>	94
3.2 AUTONOMIA E RECONHECIMENTO.....	98
3.3 MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	103

PARTE III

CAPÍTULO 4.....	111
------------------------	------------

Os fisioterapeutas: seus perfis e suas trajetórias

4.1 APRESENTANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA	111
4.2 OS FISIOTERAPEUTAS FALAM DE SI.....	113
4.2.1 A Escolha da Profissão.....	115
4.2.2 O “Ser” e o “Fazer” do Fisioterapeuta.....	120
4.2.3 A satisfação em “Ser” Fisioterapeuta.....	124
4.2.4 A Formação Acadêmica em Fisioterapia.....	126
4.2.5 O Reconhecimento Social da Profissão.....	129
4.2.6 Os Órgãos de Classe.....	134
4.2.7 A Inserção no Campo da Saúde.....	136
4.2.8 As Inter-relações no Campo da Saúde.....	139
4.2.9 Se Faria fisioterapia outra vez.....	143

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS.....	156
-------------------------	------------

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice 2: Roteiro de Entrevista

ANEXOS

Anexo 1: Resposta do CREFITO 1 ao requerimento de solicitação dos contatos dos fisioterapeutas inscritos neste órgão

Anexo 2: Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer Consubstanciado)

Anexo 3: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Anexo 4: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Eixo de Formação biológica

Anexo 5: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Anexo 6: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Anexo 7: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)

Anexo 8: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)

Anexo 9: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ensino Renovado (ASPER)

Anexo 10: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ensino Renovado (ASPER)

Anexo 11: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da Maurício de Nassau

Anexo 12: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Maurício de Nassau

Observei o conjunto da obra de Deus e percebi que o homem não consegue descobrir tudo o que acontece debaixo do sol. Por mais que o homem se afadigue em pesquisar, não chega a compreendê-la. E mesmo que o sábio diga que a conhece, nem por isso é capaz de entendê-la.

(Eclesiastes, 8:17)

PARTE I

APRESENTAÇÃO

É preciso sentir a necessidade da experiência da observação, ou seja, a necessidade de sair de nós próprios para aceder à escola das coisas, se as queremos conhecer e compreender.

Emile Durkheim

A fisioterapia é uma das profissões mais recentes da chamada área de saúde. Assim como outras profissões da saúde, seu surgimento deu-se em torno da medicina. O surgimento de uma profissão, a partir de outra, talvez leve a uma relação de poder de uma sobre a outra, ou melhor, de subordinação daquela que surgiu a partir da outra. Tal situação pode gerar insatisfação e desmotivação entre os profissionais, além de desconhecimento do seu papel na sociedade, desvalorizando as profissões e tornando-as “auxiliares” daquelas que primeiro surgiram, como a medicina. Nesse sentido, a medicina se torna “centro” e as outras, “periferia”. Outro importante fato é o da vocação, em que existe uma diversidade de motivações que levam à escolha profissional e que também podem influenciar, de forma importante, a construção de uma vida profissional, construída desde a formação acadêmica e percorrendo toda vida laboral do indivíduo. Essa construção cotidiana da vida profissional, é de suma importância ao entendimento de uma profissão inserida dentro de um campo específico, bem como para a compreensão de conceitos fundamentais como reconhecimento, satisfação, relações no campo, dentre outros. É nessa vertente que tentaremos entender como está sendo construída a trajetória do fisioterapeuta na Paraíba, visto que a mesma esteve, ao longo dos anos, atrelada ao termo “massagista”, e como, igualmente, acontece o reconhecimento, o estabelecimento do seu papel e a atribuição de seu domínio profissional. Neste sentido, a pesquisa buscou subsídios teóricos para discutir a profissão, a vocação, o reconhecimento e as inter-relações no campo de trabalho dos fisioterapeutas, através do resgate histórico da profissão “Resgatar a história da fisioterapia é recuperar sua organização enquanto categoria profissional, e o desenvolvimento de sua identidade enquanto profissão” (NASCIMENTO *et al*, 2006, p. 242) A compreensão de todas as questões abordadas

no contexto da história da profissão só foi possível através de análise que vai do macro (Brasil) ao micro (João Pessoa), e essa divisão analítica só tem pertinência, para uma análise mais aprofundada do tema, reconhecendo-se que a trajetória das profissões, assim como a de qualquer organização social, não pode ser desconectada de fatores mais gerais que as moldam e as limitam. Dessa forma, foi necessário investigar os caminhos percorridos pelos fisioterapeutas em João Pessoa, iniciando a análise pela vocação, reconhecimento social e autonomia e as suas inter-relações no campo da saúde. Ainda perpassou pelo nosso interesse investigar o grau de satisfação com a profissão.

A tese está ligada à linha de pesquisa “Sociedade e Saúde” e teve como referencial a sociologia das profissões, que há muito ficou adormecida pela sociologia, mas que tem sua importância ao tratar de um grupo relevante e importante para contribuição de uma sociedade, o grupo dos profissionais, que cresce e que necessita de profunda investigação para que se possa entender suas atribuições, direitos, deveres e necessidades. Igualmente, é importante compreender esse universo que envolve saber, prática, representação social, autonomia e qualificação, perpassado pelas relações profissionais, pela vocação e pelo poder. O interesse em estudar as profissões é justificado pelo fato de contribuir à consolidação desse campo da sociologia, já que se trata de um grupo que tem se tornado numeroso e importante, estando em constante transformação dentro dos países industrializados. Por isso, os grupos profissionais não podem mais ser ignorados, sendo necessário exaltar esse tema e tirá-lo de sua relativa invisibilidade dentro da sociologia. Escolhemos a fisioterapia, dentro do universo de vários profissionais que compõem o campo da saúde, porque fazemos parte desta categoria profissional e por causa de nossa ânsia em compreender como está sendo construída sua história. No calor das transformações sociais, a fisioterapia sofreu, no seu processo de consolidação profissional, mudanças em seu interior e modificações de sua relação com a sociedade. Outro fato é o da profissão ser considerada “nova” dentro deste campo em comparação com as demais profissões, principalmente em relação com a medicina, necessitando de um aprofundamento de seu papel na sociedade e de um entendimento da profissão dentro do contexto social que a permeia.

Ainda existem dúvidas em relação ao papel do fisioterapeuta na sociedade, sua autonomia e sua identidade. O mercado de trabalho precário e o retorno financeiro e

profissionais insatisfatórios, podem gerar, muitas vezes, submissão deste profissional a outros profissionais que o tratam como meros “técnicos” até mesmo por causa do desconhecimento do seu papel profissional. O interesse surgiu a partir da vivência laboral pela discussão sobre essa categoria profissional e a meta de tentar responder a perguntas, tais como: Como está sendo construída a trajetória profissional da fisioterapia no município de João Pessoa? Para tentar responder a esse questionamento, os marcos seguintes, na construção das trajetórias desses sujeitos, foram estudados: a escolha da profissão, o processo de formação profissional, o reconhecimento social da profissão, as inter-relações no campo e a inserção no mercado de trabalho. Assim, nosso objeto de estudo é a trajetória profissional do fisioterapeuta na cidade de João Pessoa. Trata-se de um trabalho em que será considerado um contexto amplo para se chegar ao conceito de trajetória profissional.

Para analisarmos a profissão do fisioterapeuta, é pertinente que adentremos nos mais minuciosos conceitos que possibilitem o entendimento do verdadeiro domínio deste profissional, partindo de sua construção profissional, desde a graduação até sua inserção no campo de trabalho, reconhecimento e autonomia. O fisioterapeuta é um profissional da grande área de saúde que sempre teve como carro-chefe o processo de reabilitação, devido à formação que torna a reabilitação a maior área de domínio da fisioterapia. Atualmente, a fisioterapia está presente nos diversos níveis de atenção do processo saúde-doença, porém parece que, mesmo diante dessa “abertura” para novas atuações em novos campos, o processo reabilitador é o grande “trunfo” do fazer desse profissional. Dessa forma, discuti-lo-emos mais adiante, por meio de um embasamento teórico sociológico e dos discursos daqueles que constroem a fisioterapia: os fisioterapeutas. Visto que “os discursos são necessários para o entendimento das interações entre os agentes, permitindo analisar as generalidades e especificidades, bem como as objetividades e as subjetividades, faz-se necessário vincular os fenômenos ligados à saúde aos processos sociais (CANDEIAS, 1971).

ESTRUTURA DA TESE

Para maior compreensão e respaldo da temática, a tese está dividida em **três partes e quatro capítulos**.

A **primeira parte** traz a apresentação com o percurso metodológico da pesquisa, relatando como a empiria foi construída através de suas etapas, e finalizando com um breve discurso da trajetória da pesquisadora.

Na **segunda parte** damos início ao corpo teórico da tese. Esta parte é composta por três capítulos que abordarão a temática a partir de uma revisão bibliográfica que dará suporte para posterior discussão.

O **Capítulo 1** traz o processo de profissionalização e sua contribuição para o entendimento das profissões, bem como de suas atividades e relações. Também traz a questão da trajetória profissional, buscando o conceito de trajetória articulada a trajetória do fisioterapeuta, resgatando seu caráter histórico e construção identitária e por fim a vocação como assunto que se conecta com os demais para favorecer a análise.

O **Capítulo 2** traz o contexto da profissão do fisioterapeuta, buscando entender o campo na perspectiva de Bourdieu e de outros autores, bem como questões referentes à história da fisioterapia como profissão da saúde e atribuições da profissão. Outro ponto são as relações entre os agentes que compõem o campo com destaque para o lugar do fisioterapeuta e as inter-relações profissionais, embasada por vários autores, dentre eles Foucault para as relações de poder. Em um segundo momento a história da profissão, iniciando com um aspecto mais amplo e culminando na história dentro do contexto da Paraíba e especificamente de João Pessoa-PB, terminado com a institucionalização, com enfoque para o ensino e os órgãos de classe e sua importância dentro da construção e da história desta categoria profissional.

O **Capítulo 3** discute a profissão de fisioterapeuta, onde em um primeiro momento abordamos a conceituação de identidade e *habitus* como definições importantes para a construção da trajetória; em um segundo momento abordamos autonomia, para tentar compreender a posição do fisioterapeuta diante de suas práticas individuais e coletivas concomitante ao reconhecimento que foi discutido a luz de vários estudiosos, com maior ênfase nos conceitos de Honneth e Taylor, buscando pontos importantes para subsidiar os questionamentos sobre

reconhecimento social da profissão e por último uma análise do mercado de trabalho em João Pessoa voltado à fisioterapia.

Na **parte III** estará o **capítulo 4** que tenta aproximar o material empírico da teorização por meio da interpretação dos discursos e da discussão com estudiosos sobre a temática. Inicialmente são apresentados os sujeitos da pesquisa através de um breve traçado de seus perfis e em continuidade as falas destes sujeitos analisadas e discutidas a luz da sociologia.

As **considerações finais** que trazem a concretização do estudo.

A PESQUISA EMPÍRICA

Este estudo configura uma pesquisa empírica que, segundo Demo (2000), é dedicada ao tratamento da "face empírica e fatural da realidade; produz e analisa dados, procedendo sempre pela via do controle empírico e fatural". A pesquisa é um estudo de campo de caráter qualitativo, por ser frequentemente utilizada quando se propõe compreender processos que ocorrem em dada instituição, grupo ou comunidade (ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 1998). A metodologia qualitativa tem a possibilidade de utilizar uma variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados, devendo ser analisados de forma diferenciada das ciências naturais. Como o objeto da sociologia não pode ser posto em controle, é preciso reconhecer que, na pesquisa sociológica, não é possível ignorar a influência da posição, da história biográfica, da educação, interesses e preconceitos do pesquisador (DA MATTA, 1991, p. 21 e 22). É preciso que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes, para só então interpretar os fenômenos estudados.

A pesquisa qualitativa permite a utilização de uma diversidade de instrumentos e técnicas, porém uma muito utilizada é a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, dotado de flexibilidade e com perguntas elaboradas a partir da vivência do pesquisador, em conjunto com a literatura sobre o tema a ser estudado (BELEI *et al*, 2008). Em comparação com a pesquisa quantitativa, a qualitativa é menos extensa, porém mais intensa, possibilitando uma maior agregação de valores ao que se está pesquisando. A mesma foi escolhida para subsidiar esta pesquisa por suas características corresponderem ao propósito do estudo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Em um primeiro momento, foi necessário realizar um levantamento bibliográfico a fim de caracterizar o objeto, através de um resgate histórico da profissão; além das contribuições teóricas, que serviram de centralidade para a interpretação empírica. Este levantamento perdurou durante todas as fases do processo de construção da tese. Foram analisados livros; artigos científicos, através de pesquisa on-line (Bireme, Lilacs, EBSCOhost, Capes, Google acadêmico) e revistas impressas. Para a pesquisa foi necessário a utilização de palavras-chaves/unitermos que permitiram acesso aos artigos. Os principais unitermos, foram: “Profissionalização”, “Fisioterapeuta”, “vocação”, “reconhecimento”, “trajetória profissional”, “campo de trabalho”, “inter-relações” e “mercado de trabalho em saúde”, para isso alguns critérios foram importantes, tais como: o texto ser completo e possuir informações relevantes para o tema. Outras fontes também foram investigadas, como os endereços eletrônicos referentes à área da saúde e, em particular, à fisioterapia. Concomitantemente, constituiu-se a etapa do campo, que constou de: Produção do roteiro de entrevista; entrevistas com os fisioterapeutas; e as visitas (Delegacia do Conselho Regional de Fisioterapia da 1ª Região – CREFITO 1; Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa/PB; Departamentos e Coordenações de Fisioterapia nas Instituições de Ensino Superior de João Pessoa/PB). As visitas à Delegacia do CREFITO 1, tiveram como objetivo requerer dados sobre a fisioterapia e os fisioterapeutas em João Pessoa; a visita à Secretaria de Saúde foi para coletar dados referentes a atenção básica à saúde, e a inserção do fisioterapeuta neste nível de complexidade à saúde; e a visita às Instituições de Ensino Superior foram para coletar dados referente ao ensino em fisioterapia.

Para construção do roteiro de entrevista, nos permitimos realizar um pré-teste para verificar a consistência do mesmo. Este instrumento foi aplicado em setembro de 2012 de modo aleatório com seis fisioterapeutas de João Pessoa, que trabalham no mesmo ambiente da pesquisadora. Durante a aplicação do pré-teste não houve gravação das falas, pois o objetivo era permitir que os fisioterapeutas pudessem opinar sobre o conteúdo do roteiro e sugerir modificações que fossem interessantes para a situação problema, a saber: Como está sendo construída a trajetória do fisioterapeuta em João Pessoa/PB? As sugestões, dadas pelos que participaram,

foram no sentido de agregar ao roteiro, questionamentos sobre as entidades/órgãos de classe, como: Papel desempenhado pelos órgãos de classe na visão dos fisioterapeutas e a satisfação pessoal com tais entidades. Vale salientar que os fisioterapeutas que participaram do pré-teste não fizeram parte da amostra da pesquisa.

A partir desse momento, o roteiro foi modificado e demos início à construção da rede que comporia a amostra da pesquisa. Inicialmente solicitamos uma listagem com os nomes e e-mails dos fisioterapeutas inscritos no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO 1), através da Delegacia deste Conselho, situada neste Município. O primeiro contato (telefone), foi com o intuito de obter informações de como proceder para solicitar tal listagem, para então darmos início a construção de redes de fisioterapeutas. Fomos informados, através do secretário do órgão que deveríamos ir até a Delegacia do CREFITO 1 e lá preencher um requerimento, solicitando os contatos dos fisioterapeutas inscritos naquele conselho de classe para que o mesmo fosse analisado pelo presidente do órgão, que emitiria um parecer sobre tal solicitação. Dessa forma, a primeira visita a Delegacia do CREFITO 1 aconteceu para requerer as informações. No momento de requerer, os computadores estavam fora de sistema, o que dificultou o processo, tendo que voltar em outro momento para realizar a solicitação, assim o fizemos. Alguns meses depois recebemos a resposta da solicitação, sendo desfavorável ao nosso pedido (Anexo 1). Dessa forma quando a resposta chegou, já havíamos começado nossas entrevistas, através de outro modo de composição da rede com os fisioterapeutas. Partimos do convite a um fisioterapeuta escolhido aleatoriamente no setor em que a pesquisadora trabalha e, a partir deste contato, o mesmo indicou outros três colegas que poderiam participar da pesquisa, sendo assim foi iniciada a construção da primeira rede. Os fisioterapeutas inicialmente entrevistados (nove) tinham tempo de atividade profissional entre nove e vinte e dois anos.

No momento da qualificação, foi entendido que haveria necessidade de construirmos uma outra rede com profissionais com menor tempo de atividade, com a intenção de diversificar a amostra e ter uma possibilidade de colher uma maior pluralidade de discursos. Essa segunda rede foi construída por contato via e-mail de egressos de fisioterapia de Instituições Públicas e Privadas de João Pessoa/PB, com tempo de formação profissional menor que dez anos. Os e-mails especificavam os

motivos para a participação na pesquisa. Alguns fizeram contato e, assim, iniciou-se a nova rede. Todos os fisioterapeutas sugeriram um melhor horário, dia e local para ser realizada a entrevista, contanto que o local fosse tranquilo e sem interferências. Antes de cada entrevista, foram apresentados o objetivo, a instituição a que a pesquisa está vinculada e a garantia do sigilo das informações através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; e também por se fazer necessário o estabelecimento da ética na pesquisa em ciências sociais, visto que há uma proximidade do pesquisador com o pesquisado. Foi informado a cada entrevistado que sua participação seria de total liberdade, podendo se desligar da pesquisa no momento que lhe conviesse, bem como que seriam preservados o sigilo pessoal e a identidade. A pesquisa no campo foi de setembro de 2012 a agosto de 2013. As entrevistas foram transcritas, lidas e relidas e depois arquivadas para posterior consulta, caso necessário. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aprovada, conforme parecer consubstanciado (Anexo 2).

A amostra foi composta por 17 (dezessete) fisioterapeutas de ambos os gêneros, sendo 02 (dois) do gênero masculino e 15 (quinze) do gênero feminino, com faixa etária entre 22 e 52 anos e tempo de profissão entre 01 (um) e 22 (vinte e dois) anos. As entrevistas cessaram quando atingiu o ponto de saturação, em que foi observado, através dos discursos, ausência de fatos relevantes que viesse a contribuir para a pesquisa. Para a delimitação do objeto, foi pertinente estabelecer alguns critérios de inclusão, tais como:

- a) Ser fisioterapeuta.
- b) Ter concluído ensino superior em João Pessoa.
- c) Ter registro no Conselho da profissão.

O procedimento de escolha fora entrevistas do tipo semiestruturadas que, para Manzini (1990/1991), está focalizada em um assunto sobre o qual é confeccionado um roteiro com perguntas principais para atingir o objetivo da pesquisa, complementado por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas da entrevista. Nos métodos de entrevista, contrariamente ao inquérito por questionário, há um contato direto entre o investigador e os seus interlocutores. Esta troca possibilita ao interlocutor exprimir suas ideias, enquanto que o investigador, através

das suas perguntas, facilita a expressão e não deixa fugir dos objetivos da investigação, que foram os seguintes:

- a) Descrever e analisar diferentes trajetórias profissionais dos fisioterapeutas.
- b) Construir hipóteses referentes ao processo de socialização e reconhecimento profissionais.
- c) Investigar os modelos de vocação para a profissão.
- d) Analisar o campo de trabalho em João Pessoa e as inter-relações dentro dele.

O entendimento dos objetivos, acima citados (secundários), possibilitou uma análise geral da pesquisa, respondendo ao objetivo primário “Analisar a trajetória profissional do fisioterapeuta, seu reconhecimento e as inter-relações no campo da Saúde em João Pessoa”.

Como instrumento da pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista previamente elaborado, tratando de dados pessoais e profissionais, bem como perguntas subjetivas pertinentes a problemática da tese (Apêndice 2), que se tornou o principal instrumento de coleta. A partir do instrumento de pesquisa se fez a entrevista individual, a fim de traçar e identificar as concepções de formação, escolha da profissão, inter-relações no campo e reconhecimento, respeitando a subjetividade de cada entrevistado. Para captar as falas com maior precisão, foi utilizada a gravação sonora, através de um aparelho de MP3. Isso se fez para garantir o máximo aproveitamento das falas e facilitar a análise e interpretação dos achados da pesquisa, através da transcrição que foi realizada pelo pesquisador, com o objetivo de manter a integridade dos relatos. Também, foi necessário a utilização de um diário de campo para anotações importantes que não estavam presentes nas falas, inclusive gestos, atitudes e entonações que possuam significações e que viesse contribuir para a análise.

Com base na transcrição, essas se tornaram documento e base para a análise de conteúdo (BARDIN, 1979; RICHARDSON, 2011), isto é, a técnica de análise utilizada foi a de conteúdo, como método de investigação empírica. Como tal, é entendida como:

Um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento (CHIZZOTTI, 1991, p. 98).

Entretanto, Bardin (1977) diz que análise de conteúdo é,

Um conjunto de técnicas de análise, devendo ser utilizada não apenas como um instrumento, mas “um leque de apetrechos”; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (p. 31).

A transcrição foi realizada de forma individual, categorizando as falas para uma maior compreensão das mesmas. Durante as transcrições, foram mantidas as expressões, bem como as pausas, gestos, risos e expressões típicas da linguagem oral e mantida a preservação da identidade de cada entrevistado através de adoção do número da entrevista para cada fisioterapeuta que passaram a ser chamados do seguinte modo: de F1 a F17.

Após a transcrição, foi realizada a leitura e releitura do material, a organização dos relatos em categorias referentes ao roteiro e aos dados de observação. O tempo de entrevista variou entre os entrevistados, com média de 25 minutos por entrevista. As entrevistas aconteceram em locais determinados por cada entrevistado, algumas foram em suas residências e outras no próprio local do trabalho.

O processo de categorização, possibilitado pela utilização das entrevistas semiestruturadas, com o agrupamento de respostas por afinidade específica, permite a organização temática dos resultados das entrevistas (COLOGNESE, 1998). Dessa forma, os relatos foram compreendidos através desse processo e discutidos com autores ligados à temática de cada categoria tratada, aproximando os textos para tentar chegar a uma particularização, com retirada de elementos reflexivos e ricos para a análise. A partir do processo de compreensão das falas foram concebidas nove categorias para posterior análise. As categorias levantadas para a discussão foram: **Escolha da profissão**, com o objetivo de entender qual sentido de vocação está vinculada à escolha; **“Ser” e “Fazer” do fisioterapeuta**, entendimento que este profissional tem do seu domínio dentro do campo; **Satisfação em “Ser”**

Fisioterapeuta, entender o quanto existe de motivação para execução de suas práticas; **A Formação Acadêmica**, entender as variáveis no processo de ensino-aprendizagem e a colaboração destas, dentro da prática; **O Reconhecimento social da Profissão**, como ele entende o reconhecimento da fisioterapia pela sociedade, *status* e valorização; **Os Órgãos de Classe**, sobre o entendimento dos direitos e deveres que envolvem o profissional e sua representatividade; **A Inserção no campo de Trabalho**, entender como se fez a entrada no campo da saúde, visto ser um fator importante para toda profissão, pois é neste momento onde ele começa a colocar em atividade suas práticas como profissional; **Inter-relações no campo**, compreender o as trocas de saberes, o entendimento do fazer do outro e o respeito entre os envolvidos no campo da saúde; **Se Faria Fisioterapia Outra Vez**, se tivesse uma chance de voltar ao passado se realizaria a mesma escolha profissional.

Dilemas e Dificuldades:

Dentre os dilemas que surgiram no decorrer da pesquisa foi em relação a trazer os discursos daqueles que dividem com o fisioterapeuta o espaço de trabalho em relação, principalmente as inter-relações, porém decidimos trazer os discursos dos fisioterapeutas, visto que queríamos compreender como estas relações se constroem na sua percepção, já que trata-se de sua trajetória.

Outro dilema foi em separar os egressos das Instituições Públicas e das Privadas, no entanto, o foco da pesquisa não estava em comparar percepções.

Das dificuldades estão: Primeiramente, a Delegacia do CREFITO 1 em João pessoa - PB, pela falta de apoio em relação a conceber dados referentes ao mercado e ao campo de trabalho, que contribuiriam para o melhor entendimento da profissão.

Outra dificuldade foi com relação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois enfrentamos um momento de transição na estrutura, onde deixamos de usar o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) para o novo sistema, denominado Plataforma Brasil. Todo o processo perdurou por meses.

FAZENDO PARTE DO CONTEXTO

Antes de remeter aos que fizeram parte da construção desta pesquisa, veio a inquietação de fazer um breve relato da trajetória profissional da pesquisadora.

Primeiro veio a psicologia, depois letras; conflitos gerados no ensino médio pela busca de uma profissão. A fisioterapia surgiu num processo doloroso de acidente de ônibus, onde a incapacidade física me aproximou desta área. A reabilitação foi de cunho familiar (mãe, pai e irmã), foram os fisioterapeutas, seguindo a orientação de um ortopedista. Ao adentrar no curso os conflitos surgiram, pela precariedade, ligada a falta de recursos físicos e humanos, e por não entender bem o papel social desta profissão, nem tão pouco o seu “Fazer”. Na busca de motivação vieram as monitorias e os projetos de extensões, como: massoterapia¹ e fisioterapia na comunidade, que proporcionaram uma abertura maior em relação ao saber e permitiram uma aproximação com a comunidade. Trabalhar nestes projetos foi estar diante da realidade da sociedade de baixa renda e a troca de saberes científico e leigo foi de grande valor. No momento, tivemos a oportunidade de mostrar à comunidade um pouco do que era a fisioterapia, porém poucas estratégias eram voltadas para a atenção primária, pois o foco era a reabilitação aos acamados da comunidade.

A inserção no mercado de trabalho foi muito difícil, com submissões a trabalhos precários (trabalhar em qualquer área e muitas horas por dia) e de retorno financeiro vergonhosos para quem havia passado cinco anos em uma Instituição de Ensino Superior. Inicialmente a primeira oportunidade foi em clínica de fisioterapeutas e lá, ganhar pouco talvez, não foi o mais incômodo, mas a forma de relação profissional, baseada em subordinação e autoritarismo, principalmente, quando da prescrição da conduta fisioterapêutica. Essa ausência de reconhecimento dentro da mesma categoria foi o que mais instigou para a busca dele. A necessidade de capacitação veio como algo que pudesse contribuir para o reconhecimento e autonomia, com isso vieram os estágios, a especialização, o mestrado e agora o doutorado.

Mudanças? Algumas. Muito se tem a conquistar, principalmente no que se refere ao espaço de ocupação deste profissional no campo da saúde, da definição de seu papel, de mostrar a necessidade que a população tem de seus serviços e, principalmente de seu valor social e das contribuições para o enriquecimento de uma equipe multidisciplinar.

¹ A massoterapia: A prática da massagem vem desde os tempos pré-históricos, com origens na Índia, China, Japão, Grécia e Roma. A massagem tem sido mencionada na literatura desde tempos remotos, sendo a referência mais antiga a que aparece no *Nei Ching*, um texto médico chinês escrito num período anterior a 1500 a.C. Escritos posteriores sobre a massagem foram desenvolvidos por eruditos e médicos, como Hipócrates no século V a.C. (CASSAR, 2001. p. 22)

PARTE II

CAPÍTULO 1

Os estudos sobre processo de profissionalização, trajetória e vocação.

1.1 PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO

Abbott relata o surgimento da literatura das profissões como algo que teve sua origem na era medieval, porém traz o século XX como um divisor de águas para estudos mais sistematizados e refere-se aos ingleses como sendo os primeiros a se preocuparem com a temática, através da pesquisa intitulada *The professions* desenvolvida por Carr-Saunders e Wilson (1933) (MENDONÇA NETO; CARDOSO; OYADOMARE, 2012).

Para os mesmos autores, no Brasil, estudos sobre o desenvolvimento das profissões são realizados há um bom tempo. A literatura traz alguns destes estudos como de relevância no cenário nacional. O primeiro desses trabalhos foi o de Donnangelo (1975) e Kawamura (1981), que se refere à medicina e direciona-se na perda de autonomia profissional e às implicações ideológicas e políticas da prática profissional do engenheiro na formação social brasileira. Outros autores merecem destaque por colaborarem para o estudo das profissões, como o de Gomes (1994), referentes à formação de uma burocracia técnica brasileira; de Coelho (1999), sobre o desenvolvimento da advocacia, medicina e engenharia no período compreendido entre a independência e a revolução de 1930; de Pereira Neto (2001), sobre a medicina no Brasil; de Bonelli (2002), focados nas profissões da área jurídica, e de Paiva e Melo (2008), que relaciona competências e profissões e propõe uma agenda de pesquisa contemplando aspectos metodológicos e temáticos. Outro estudo de fundamental importância é o de Diniz (2001) que, além de analisar o desenvolvimento das profissões de engenharia e economia no Brasil, também discute com profundidade os modelos analíticos disponíveis para o estudo das profissões.

Para Bonelli (1999), os primeiros estudos sobre profissão no Brasil deram-se entre as décadas de 1960 e 1970, devido à intensa expansão que o sistema universitário viveu nesse período. Surge a estruturação multidisciplinar da área de saúde que favorece as discussões sobre profissão e abre um novo espaço para

agregar este conceito, em que permite pensar que qualquer atividade humana que esteja vinculada ao mundo do trabalho deve ser considerada uma atividade profissional. Porém, a sociologia traz alguns elementos que são primordiais para a constituição de uma profissão: autonomia, adesão ao ideal de serviço, forte identidade profissional traduzida pelo código de ética e a demarcação do território profissional (NORONEM, 1999; MACHADO, 1995). Esses elementos necessários para a construção da profissão vêm fundamentado na instituição de três domínios de conhecimento, como em Bourdoncle (1991), em que o primeiro deles está relacionado à sociologia do trabalho, que traz a compreensão da natureza do trabalho, da sua rotina e das responsabilidades inerentes a cada tipo de trabalho; o segundo diz respeito à sociologia das ocupações, que analisa a hierarquia dos empregos, os tipos de carreira, as associações profissionais, entre outros. O último seria a sociologia das profissões que é estudada da mesma forma que a sociologia das ocupações; porém, o seu diferencial está em trata-se de uma área em que os estudos que são realizados tentam constituí-la como um campo específico, dotado de particularidades.

Contribuindo para o entendimento das profissões, estão as correntes metodológicas que surgem no sentido de estruturar o campo do saber. São elas: o Funcionalismo, o Interacionismo e o Neoweberianismo.

Como fundador do funcionalismo, está Parsons que trouxe através de seu artigo pioneiro, características que distinguem as profissões do mundo dos negócios e da administração pública, procurando demonstrar que é a atividade profissional e não a atividade comercial e financeira que melhor caracteriza o sistema social liberal moderno (MENDONÇA NETO; CARDOSO; OYADOMARE, 2012).

Durkheim também surgiu dando sentido à questão da função social de cada indivíduo quando lançou a segunda edição da *Divisão Social do Trabalho*, na qual em seu prefácio traz “Algumas notas sobre os agrupamentos profissionais”, em que o autor se propõe discutir o papel social destes agrupamentos e a estruturação do campo disciplinar (DURKHEIM, 1984, p. 7). A problemática da estruturação do campo disciplinar estava presente desde o século XIX, quando Durkheim, sociólogo francês, trouxe a problemática da estruturação das profissões, estabelecendo funções diferenciadas nas profissões que se complementariam, estando coeso e funcionando como um organismo vivo, no qual cada elemento envolvido participa do processo de

funcionamento deste organismo com funções específicas que interagem entre si, satisfazendo o todo.

Durkheim (1984) pensava nos grupos profissionais como sendo fundamental, junto com a religião e as estruturas educativas, para uma melhor organização social e moral da nova sociedade, onde a divisão social do trabalho seria necessária para a manutenção da vida social, com cada um exercendo seu papel em função do todo. A partir disso, haveria uma superação da anomia existente na concepção de Durkheim através da contribuição dos grupos profissionais para essa superação.

Os diferentes contributos que atravessam a concepção funcionalista de profissão resultam, fundamentalmente, do fato de terem procurado definir o conceito a partir de um modelo de profissão liberal estabelecido num contexto histórico e cultural muito particular: os médicos e advogados americanos. Essa base genética induziu a que esse modelo se assumisse como o padrão a partir do qual se identificam as profissões (ALMEIDA, 2010).

No interacionismo, os grupos são diferenciados e não devem ser reduzidos a uma homogeneidade de seus valores e interesses. Essa diferenciação pode ser observada em sua formação através de instituições distintas, bem como nas diversas metodologias e técnicas existentes. Foi através da ruptura com o funcionalismo que o interacionismo passou a dar um sentido ao conceito de profissão.

A expressão “Interacionismo simbólico” surgiu na década de 30 com Herbert Blumer (1900-1987) e tinha como fundamentação que as ações, tanto das pessoas com os objetos, quanto das pessoas com outras pessoas, eram carregadas de significados, dentro de um processo dinâmico em que os símbolos têm lugar de destaque para a consolidação das significações a partir da comunicação, transformando, reproduzindo e interpretando esses significados conforme suas necessidades e expectativas. Dentro da área de saúde, a proposta é a validação da “experiência do paciente” e as formas em que essas experiências se apresentam dentro deste campo, através da ação de qualquer profissional envolvido, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros (NUNES, 2008).

Com origem na Escola de Chicago, essa corrente se preocupa com os atributos que fazem jus à profissão, com o intuito de diferenciá-la de uma ocupação, ou seja, a transição de uma ocupação para uma profissão. Para os interacionistas simbólicos, o

mundo do trabalho ultrapassa a questão econômica e enfatiza a individualidade do sujeito e sua identidade social (ANGELIN, 2010).

Para Goffman (1982), o foco do interacionismo simbólico está nas próprias relações simbólicas em que se percebe a existência de uma interação social entre grupos e indivíduos. Tudo que é encontrado no cotidiano e que tem algum tipo de relação, como coisas, objetos e pessoas, pode ter um sentido para o sujeito que se envolve nesse contexto e tenta compreender a intenção dos atos dos outros indivíduos, bem como de transmitir algum tipo de impressão para os mesmos. É, dessa forma, que o ser humano orienta e reorienta suas ações, numa grande relação que se dá na diferenciação dos indivíduos, entre os considerados “normais” e os estigmatizados que se encontram numa mesma situação social, seja formal ou informal no sentido social.

Com o funcionalismo e o interacionismo simbólico, surgiu o Neoweberionismo e, com ele, toda orientação através da racionalidade, na qual a ação humana é orientada pela racionalidade econômica, em que o conceito principal dos neoweberianos, no entendimento de Mendonça Neto, Cardoso e Oyanomare (2012), para o estudo das profissões, é o de “fechamento” (*closure*). Foi um conceito, elaborado por Weber, dando conta de uma formação de um círculo limitado de elegíveis, onde a raça, sexo, atributo social ou físico, religião, etc. podem funcionar como critérios de exclusão ou inelegibilidade. No caso, são profissões aquelas bem sucedidas no seu “fechamento”, baseadas em credenciais educacionais e no controle das condições do mercado.

Perrusi (2003) coloca em questão a superação do interacionismo simbólico pelas análises neoweberianas e pelas críticas neomarxistas. Segundo o mesmo, o que há é uma polissemia de noções que se torna uma fonte inacabável de riquezas analíticas. Estaríamos, então, condenados a viver à mercê de modelos teóricos que ora se convergem e ora divergem.

Assim, falar de profissionalização envolve uma diversidade de pensamentos em torno deste conceito. A profissionalização é traduzida como competência que é conseguida através de uma formação e de testes ou exames de alto nível de dificuldade pelo sistema de ensino, como também através dos cargos elevados, da inserção no mercado de trabalho e de posição social elevada. A profissão é um processo que envolve uma transformação contínua, em que ocorre uma socialização,

uma comunicação, um reconhecimento, envolvendo decisões e projetos que são ao mesmo tempo individuais e coletivos dentro de sistema social, político e econômico (NÚÑEZ; RAMALHO, 2008).

O termo “profissionalização” apresenta diversos sentidos, segundo os contextos específicos de seu uso, definindo-se pelas relações dialéticas das características objetivas e subjetivas que pautam os processos de construção de identidades profissionais. A profissionalização é uma forma de representar a profissão como processo contínuo/descontínuo ao longo da história (NÚÑEZ; RAMALHO, 2008, p. 3-4).

A construção de identidades profissionais está atrelada a fatores como a nomenclatura profissional, as qualificações e os salários, que são elementos que participam da construção social das profissões (PINTO, 1991).

Freidson (1998, p.36) parte do princípio de que é o poder que caracteriza as profissões, como sendo “... **a capacidade para realizar determinados tipos de trabalho**”. Para o autor, a diferenciação existente entre as profissões se dá pelo fato de que cada uma detém um conhecimento específico e competências diferenciadas que são necessárias para executarem suas tarefas. Para o mesmo autor (1996), o conceito de profissão é, ao fim e ao cabo, o que ele chama de *Folk concept*, pois requer uma abordagem fenomenológica, o que consiste em não determinar o que é uma profissão no sentido absoluto, como fazem os funcionalistas, mas sim investigar como as pessoas de uma sociedade definem quem é ou não um “profissional”, como essas corporações “fazem” ou “realizam” suas profissões.

Para Parsons, a profissionalização faz parte de um determinado momento do processo de socialização do indivíduo, em que se depara, na juventude, com novos campos de interação, dentre os quais o profissional constrói sua trajetória e busca reconhecimento social por meio de sua maturidade pessoal e profissional. O processo de formação e o de prática devem ser contínuos e fazerem parte da socialização do indivíduo. São construídos em cima de quatro propósitos chamados funcionais, que agregados e interiorizados, promovem a socialização, como mostra a figura 1 (DUBAR, 1997).

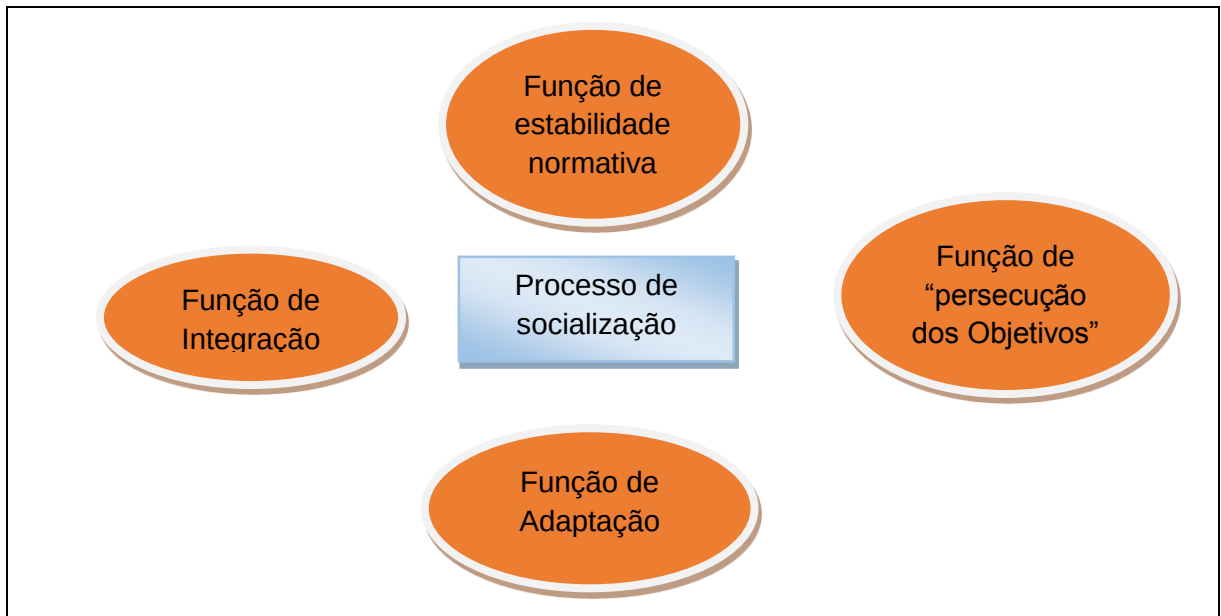


Figura 1: Propósitos funcionais da socialização.

Fonte: Construído a partir de Dubar, 1997.

Dessa forma, a socialização do sujeito estaria ligada ao que lhe é funcional, a todas as coisas que garantiriam sua construção, para chegar a seus objetivos, perpassando pela interação com o outro e com o mundo e se adaptando às transformações e à dinâmica das coisas, regidas por normatizações.

O processo de socialização começaria pelo momento de identificação primária que é constituído pela primeira experiência, a família. É neste momento que a criança aprende as normas da ação humana. O segundo momento, ao experimentar sua inserção no mundo social, incorporando papéis através da escola, é a fase de interiorização, em que, além do momento filial, a criança também é discente. Com o crescimento, surge a juventude, fase de um aprofundamento da socialização, com a descoberta de novos campos sociais, inclusive o profissional e é também, nesse momento, que se busca o reconhecimento de sua maturidade. É a fase de adaptação a esse novo meio social que teve como embasamento as construções anteriores (DUBAR, 1997).

Melo (2011) traz a profissionalização como um processo que agrega as formas de trabalho de uma determinada organização, através de um planejamento que exige habilidades e técnicas administrativas. Em Shiroma (2003), esse termo estaria atrelado ao *status*, trazendo o conhecimento como base essencial para o desenvolvimento de atividades controladas, em que a falta de conhecimento levaria a uma desqualificação decorrente de uma não exigência de uma formação com

qualificação e em tempo suficiente para a formação profissional, ou seja, quando ocorre o que ela chama de “aligeirar” o processo de formação. Uma das entrevistadas trouxe a importância de uma boa fundamentação durante a formação profissional e a qualificação como fator de diferenciação neste processo,

A minha vida acadêmica; não tenho do que me queixar; claro que depois que a gente sai da universidade vai buscando a atualização, eu não posso dizer que “isso” eu não vi na faculdade porque são coisas mais atuais, mas assim, tanto a parte prática quanto a teoria foram uma bagagem que eu trago até hoje..... Digamos que 90% das coisas que eu uso são as que eu trouxe da universidade, porque a especialização apenas aprofundou em termos. [...], mas que o básico mesmo é o que eu trago da faculdade” (F17)

É durante a vida acadêmica que iniciamos um processo de construção de nossas trajetórias e, nesse mesmo momento, já buscamos um reconhecimento dentro da academia através das atividades que lá desenvolvemos; porém, essa é uma etapa inicial do caminho profissional. Dessa forma, para adentrarmos mais nesse universo da profissão, teremos que perpassar pela sociologia das profissões que há muito ficou adormecida dentro do contexto geral da sociologia. Partimos pelo norteamento do sentido de profissão, com o objetivo de tentar entender sua complexidade e a necessidade de sua existência para toda sociedade, tarefa difícil porque parte da dificuldade de se estabelecer um conceito único e amplo que venha, de modo preciso, definir profissão. A complexidade da conceituação vem da diversidade de opiniões, entre os autores ligados à temática, que buscam, nas diferentes formas, trazer à tona a discussão dessa categoria que, cada vez mais, torna-se importante para a construção da história mundial.

Em um texto que trata da gênese da profissão naval, Elias traz a discussão de que não centraria o aparecimento da subdisciplina “sociologia das Profissões” apenas no surgimento de novas e inovadoras tecnologias concomitante às capacidades individuais e coletivas; na verdade, ele se propôs a mostrar a transformação social que o mundo sofrera com o surgimento de novas profissões que passaram a existir e a serem reconhecidas. Para Elias, a profissão é baseada em funções sociais especializadas que os indivíduos passam a desempenhar a partir das necessidades de outros indivíduos, ou seja, diante de uma situação de mudança de um coletivo, faz-

se necessário a “criação” de uma nova ocupação e, a partir disso, a formação de toda sua história (ELIAS, 2001).

Cada profissão, assim, constitui um meio *sui generis*, necessitando de aptidões particulares e conhecimentos específicos. Cada indivíduo é diferente, com ideias próprias, constituindo uma heterogeneidade, que traz benefícios ao todo. Afinal, caso assim não fosse, teríamos que nos remeter, na busca da homogeneidade, às sociedades pré-históricas, nas quais, em teoria, não havia diferenciação, divergindo bastante das sociedades atuais, onde as especializações são cada vez mais precoces, levando a uma heterogeneidade cada vez maior. É nessa perspectiva da diferenciação de saberes que se constrói uma sociedade diferenciada, onde cada indivíduo exerce seu papel e onde esses papéis se complementam em função do todo (DURKHEIM, 1978).

A noção de profissão, em Perrusi (2003), tem legitimidade acadêmica como área de conhecimento e é vista como categoria central na sociologia das profissões; porém, diante da diversidade de definições, com diversas teorias sobre profissão, fica difícil encontrar um termo definindo realmente o que é “profissão”.

Procuram-se assim fatores que venham a contribuir para que uma nova profissão se desenvolva, dentre os quais poderíamos citar as necessidades humanas do profissional, que não depende apenas de fatores econômicos, como o dinheiro para pagar consultas, mas de uma série de fatores, incluindo a individualidade, como também a especialidade condizente com tais necessidades. O entendimento do processo, no qual se dá a gênese de uma profissão e também seu desenvolvimento, requer uma soma de atos individuais em qualquer tipo de ocupação, pois a cada uma é conferido um modelo próprio (ELIAS, 2001; BOLTANSKI, 1989).

No estudo das profissões o que interessa é a articulação entre, de um lado, essas inovações e essas capacidades e, de outro, as transformações no mundo social mais amplo dentro do qual as novas profissões passam a existir e a ser reconhecidas (ELIAS, 2001. p. 1).

Assim, o termo profissão seria a garantia de um “poder” atrelado à função, como dito por Freidson (1998), ao tomar a questão do reconhecimento, quando da discussão entre profissão e ocupação.

[...] Uma tal teoria é desenvolvida mediante o reconhecimento de que não existe traço ou característica únicos, verdadeiramente explanatórios – inclusive um candidato recente como o “poder” – que possam enfeixar todas as ocupações chamadas profissões a não ser o fato real de virem a se chamar profissões (FREIDSON, 1998, p. 59-60).

Para Hughes (1994), a profissão vai além de uma ocupação e é definida como:

As profissões, talvez mais do que os outros tipos de ocupações, também reclamam um amplo mandato legal, moral e intelectual. Não apenas os praticantes, através da admissão ao círculo encantado da profissão, individualmente exercem uma autorização para fazer coisas que outros não fazem, mas coletivamente presumem dizer à sociedade o que é bom e correto para ela em um amplo e importante aspecto da vida. Na verdade, eles definem os próprios termos de pensar sobre isto. Quando tal presunção é garantida como legítima, surge uma profissão em seu sentido completo (HUGHES 1994, p. 25).

O que distingue as profissões das ocupações é a educação formal que cria mecanismos de credenciamento e reserva de mercados para os membros de uma profissão, ao passo que leva os demais à exclusão. Esse acesso é garantido pelo controle do saber que leva a diferenciações através de uma hierarquia profissional entre os profissionais e os leigos (FREIDSON, 1998)

Para Dubar (1997), aqueles que tem o saber científico tornam-se “licenciados” a coloca-los em prática e limita, de certa maneira, o saber leigo. Os leigos, então, passam a ser clientes dos que detém o monopólio do saber. Em Diniz (1998), tanto os funcionalistas, quanto os neoweberianos e os marxistas comungam da teoria de que o conhecimento, ou seja, a expertise, garante aos profissionais uma certa autonomia no seu trabalho.

Para MacDonald (199), o termo profissões aparece como sendo “[...] ocupações baseadas no conhecimento avançado, ou complexo, ou esotérico, ou misterioso” (1999, p. 1), enquanto o termo ocupações, para Giddens, refere-se a “[...] qualquer forma de emprego remunerado na qual um indivíduo trabalha de forma regular” (2008, p. 572).

Dessa forma, as profissões surgem não de forma aleatória, mas vinculada a fatores que determinam sua existência. Perrusi (2003) remete à forma histórica de organização social, com categorização das atividades e da relação entre Estado e profissional, para explicar profissão. Para o mesmo, o objeto da abordagem cognitiva seria a organização social do trabalho, onde estariam, entre outros valores, a

realização de si e os modelos de identidade ocupacional; o objeto da raiz axiológica da cultura profissional seria religiosa, tendo a vocação como seu principal pilar; outro objeto teria como foco a significação social do trabalho, as formas históricas de ações e estratégias para a defesa de interesses ocupacionais. Todas juntas seriam de extrema importância para a conquista de autonomia, realização e monopólio profissional, através da ação dos profissionais, das associações ou mesmo do Estado.

O mesmo autor complementa dizendo que a noção de profissão tem a possibilidade de apresentar três vertentes: uma cognitiva que faz sentido quando atrelada ao pensar e ao ligar-se dentro do processo da divisão social do trabalho; uma axiológica ou afetiva, ligada a valores e à construção das identidades e, enfim, uma conativa, que apresenta as estratégias ligadas ao interesse.

Assim, a profissão passa de algo individual para um projeto coletivo na necessidade da busca pelo *status* que ela pode trazer ao indivíduo, em que traz a divisão social do trabalho como dependente de um mercado estável (LARSON, 1979). A profissão tem elementos que sofrem modificações com o passar do tempo, o que a caracteriza como algo dinâmico em sua interação com o contexto social (BASTOS; ACHAR, 1994)

A dinâmica profissional traz uma concepção de mundo e um novo sujeito ligado a este mundo, através da objetividade dos seus valores profissionais, ainda mais quando estes valores passam a fazer parte de uma sociedade como um todo, colaborando para o bem-estar de uma coletividade. Esse pequeno mundo de relações, em que o profissional está envolvido, é complexo e necessita que cada “papel” seja único para cada ator social e que a união desses “papéis” direcione-se para o bem comum. Nesse sentido, para que passem a ser conhecidas e reconhecidas, faz-se viável uma publicidade de suas práticas, de seu saber e saber-fazer e, a partir do momento em que esse conhecimento torna-se útil para a sociedade, esta legitima socialmente a profissão. Apesar da pluralidade de conhecimentos, é necessário que a sociedade conheça o papel das categorias profissionais. Assim, as profissões se estabelecem na organização social do trabalho através de formas próprias, materializando o exercício da sua atividade sob formas diferenciadas de poder e de exercício de autoridade, em que o desenvolvimento do seu trabalho é apoiado pelo Estado, que lhe confere legitimidade, por meio de atribuições como credenciais, licenças e jurisdições exclusivas (ABBOTT, 1988).

Algumas profissões trazem uma legitimidade inata, como a do médico, que parte de um trabalho complexo e monopolizado, executado por um grupo específico e valorizado socialmente. Com o desenvolvimento de novas tecnologias, surge a necessidade de novas especializações médicas, porém, ainda que essas novas técnicas venham a substituir o trabalho médico, surge a necessidade de outros médicos que executem esses trabalhos; dessa forma, o profissional em si, não se desvaloriza (PERRUSI, 2003).

Poderíamos tratar o conhecimento do médico e de outros profissionais que fazem parte da área de saúde como o que Foucault (1988) chama de intelectual específico que se torna cada dia mais importante, pois executa suas atividades, baseadas em sua área de conhecimento e sai do que é universal para adentrar em um campo onde o conhecimento torna-o mais próximo da realidade, existindo assim uma tripla especificidade.

Especificidade de sua posição de classe (pequeno burguês a serviço do capitalismo, intelectual “orgânico” do proletariado); a especificidade de suas condições de vida e de trabalho, ligadas à sua condição intelectual (seu domínio de pesquisa, seu lugar no laboratório, as exigências políticas a que se submete, ou contra as quais se revolta, na necessidade do hospital, etc.); e finalmente a especificidade política de verdade nas sociedades contemporâneas (FOUCAULT, 1988, p.11, **grifo nosso**).

As especialidades, na área médica, contribuem para um profissional com qualificações diferenciadas e direcionadas para atuarem em área específica de conhecimento, com visão focada no âmbito da doença, por isso necessita de interação com os demais domínios de conhecimento, com a finalidade de atender às necessidades de cada indivíduo. As especialidades devem ser respaldadas por leis e resoluções que as definem e que conferem a legitimidade necessária a sua execução. A fisioterapia, assim como todas as outras profissões da saúde, é formada por profissionais liberais, fazendo uso de prestação de serviço, com a devida autonomia, e estando respaldada por leis e resoluções -- com isso, permite-se sua atuação, através de qualificações e competência técnica. Tal fato, talvez, justifique que tais profissões não sejam consideradas ocupações, haja vista que são dotadas de jurisdição e de competências complexas que garantem a execução de suas práticas. A garantia profissional vem das leis que consolidam o fisioterapeuta como um

profissional de nível superior com autonomia para atuar em diversos segmentos da saúde dentro de um processo de saúde-doença, favorecendo uma melhor qualidade de vida, desde o atendimento de baixa complexidade até o de alta complexidade.

Para Dubar (1997), existe dois sentidos de qualificação que seriam determinados pelos sociólogos franceses: um estaria ligado a habilidades profissionais, ou seja, aquilo que seria relativo ao comportamento em situações do cotidiano, o que ele chama de *Know-how*, baseado em contextos específicos, seria assim um aprendizado do dia-a-dia pelas experiências vivenciadas em circunstâncias diferenciadas; o outro estaria atrelado a uma qualificação técnica, advinda de situações padronizadas, meramente técnica. Em relação à competência profissional, a mesma estaria ligada à necessidade de o profissional convencer a sociedade da sua importância em função do seu saber, por isso competências e qualificações surgem como estratégias destes profissionais que compõem o campo, ou seja, tais atores adentram no campo e, de modo diferenciado, regulam o mercado de trabalho.

1.2 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E VOCAÇÃO

1.2.1 Trajetória profissional do fisioterapeuta

É de suma importância compreender que uma trajetória profissional inicia-se durante o momento acadêmico e que essa construção está ligada ao caráter social da educação. Para Durkheim (1978), o processo educacional está ligado a uma socialização metódica de novas gerações, na presença de dois seres que existem em nós, sendo um com estados mentais que se relaciona conosco, chamado individual; e outro composto por ideias, hábitos que nos são trazidos pelo grupo, ou seja, aqueles que fazem parte de uma opinião coletiva.

Diante disso, é importante um trabalho coletivo durante o processo de educação para formação dos profissionais, respeitando as individualidades e baseando-se na pluralidade de valores relacionados ao grupo. Baseado nisso, torna-se viável tentar compreender a construção da trajetória de cada pessoa que ingressa num processo educacional em busca de uma profissão.

Porém, para possamos compreender melhor o que seria trajetória, é pertinente que se reconheça a necessidade de se entender a construção da identidade como formação profissional e aquisição de conhecimento, em que há um envolvimento no campo profissional que é capaz de produzir processos de identificação específicos de grupo durante a socialização, principalmente aquela relacionada à formação profissional e à experiência profissional (inserção no mercado de trabalho), que recai sobre a questão da trajetória. Como tal, a identidade profissional seria o resultado das interações entre os indivíduos, os grupos e os contextos profissionais, onde se observa dois movimentos sobre o conceito de identidade: uma necessidade de se fazer reconhecer e outra de se reconhecer. A primeira necessidade tem um peso todo especial, pois a identidade profissional não é pessoal e sim coletiva, inscrevendo-se em representações e práticas que dependem, por sua vez, do contexto no qual estão inseridas e do modo pelo qual são exercidas. (WILENSKY, 1964).

Um dos fatores que pode influenciar na identidade individual de um sujeito são as pressões sofridas pelo ambiente social, porém, os conflitos são importantes para garantir a dinâmica das relações no cotidiano, envolvendo o indivíduo, sua história e as outras pessoas da sociedade. É a partir desse momento de interação que a identidade pessoal e social do sujeito é construída, diante de um processo de apropriação da vida cotidiana, pelo fato do sujeito ser sempre um ser social em constante transformação e adequação ao seu meio (COUTINHO; KRAWULSKI; SOARES, 2007).

A construção social do sujeito é fundamentada na sua história, seja pessoal ou profissional, onde a trajetória profissional se inicia no âmbito acadêmico e sofre transformações durante o decorrer da vida profissional, causando impactos sociais. A vivência acadêmica é o ponto chave para o surgimento de um profissional voltado às necessidades da sociedade, visto que é nesse momento que ele adquire conhecimento e habilidade para executar suas práticas.

A grande maioria das profissões de saúde é recente, mesmo a medicina, que só passou a ser reconhecida como profissão a partir do século XX, pois se tratava, antes disso, de uma profissão empirista. Foi com a consolidação da ciência, estimulada pelo advento do positivismo, que surgiram grandes descobertas, fazendo com que a ciência gozasse de credibilidade. A medicina era a única profissão reconhecida da área de saúde. A partir do século XX, houve o surgimento de novas

categorias profissionais, dando abertura para novos conhecimentos e novas práticas. Dentre essas novas profissões, está a do fisioterapeuta, que atua no campo profissional da saúde.

Essas mudanças sofreram influência da complexidade da ciência e da evolução tecnológica, bem como das epidemias e das grandes guerras mundiais. O atendimento em saúde, que antes era restrito a algumas profissões, sofreu uma profunda transformação ao delegarem funções a outros profissionais, formando-se equipes de profissionais de saúde, com obrigações e atribuições determinadas.

1.2.2 Vocação profissional

Ao falar em vocação, remete-se aos ensinamentos de Weber (1963) sobre o tema. Weber, em seu livro “ciência como vocação”, inicia falando sobre a diferenciação do sistema americano e alemão em relação à consagração profissional de um licenciado, fazendo referência ao mercado de trabalho e à absorção desse profissional. Traz a ciência como fonte incessante por novos rumos, novos caminhos baseados na especialização, contando sempre com o amor ao que faz, pois nem sempre o caminho será fácil. Mesmo que a ciência esteja relacionada à busca de progresso, não dará sentido ao mundo, visto que não conseguirá responder a algumas das nossas perguntas sobre o mundo.

(...) a ciência como caminho “para Deus”? A ciência, essa força especificamente irreligiosa? Que a ciência de hoje é irreligiosa ninguém duvidará no íntimo, mesmo que não o admita para si mesmo. A libertação em relação ao racionalismo e intelectualismo da ciência é a pressuposição fundamental da vida em união com o divino (WEBER, 1963, p. 169).

A vida da ciência atual é definida pelo papel que a intelectualização tem na vida dos sujeitos. A questão do dom e da vocação para a profissão são imagens utópicas na dimensão do hoje, haja vista que a ciência se faz no cotidiano, baseada em técnicas e inovações tecnológicas, que servem como mola propulsora a impulsioná-la para mais adiante numa velocidade gigantesca. A essência do indivíduo anda esquecida e o sentido de “missão” na profissão ficou no acaso, assim o dom gratuito, fonte de bênçãos como diz Weber, está adormecido.

Perrusi (2003) fala de um “desencantamento” pela profissão que estaria ligado a perda da vocação carismática, que ocorre pelo surgimento do profissionalismo que não está fundamentado no conceito de missão, caindo no senso comum, em que a necessidade de competência se sobressai ao aspecto existencial, cuja fundamentação, na escolha profissional, seria baseada no carisma. A vocação seria uma série de predisposições básicas, que teriam uma construção social e que estariam relacionadas à profissão, na qual um conjunto de regras e de valores legitimariam um tipo ideal de profissional. Essa construção seria produto de uma socialização profissional, com interiorização desses valores pelo indivíduo que os incorpora ao seu mundo. Tal socialização traria a noção de responsabilidade profissional que estaria ligada a dois fatores: um seria o saber médico e o outro, o segmento ao qual pertence o médico, em que a responsabilidade profissional partiria de uma construção individual diante da relação entre as partes, ou seja, o médico e o paciente, ambos envolvidos num processo liberal da profissão ou numa concepção nosológica de cunho sociológico, trazendo a noção dessa responsabilidade com índole social.

Para o mesmo autor, existe diferença entre interiorizar e internalizar -- o sujeito social pode interiorizar o seu papel, porém, nem sempre o internaliza. É a partir da primeira que incorporamos o nosso papel neste mundo, mas é, através da segunda, que damos sentido as nossas ações — as relações intersubjetivas que caracterizam o papel social não se tornariam completamente intra- subjetivas. Dizer quem somos, qual nosso papel social, como no caso de dizer nossa profissão, tornar-se-ia nossa vocação, integrando-se à nossa identidade, através de uma habilitação que nos é conferida para exercer nossa profissão.

Para Weber (1963, p.47), a ciência é, atualmente, uma “vocação” alicerçada na *especialização* e posta a serviço de uma tomada de consciência de nós mesmo e do conhecimento das relações objetivas. A ciência não é produto de revelações, nem é a graça que um profeta ou um visionário houvesse recebido para assegurar a salvação das almas; não é também porção integrante da meditação de sábios e filósofos que se dedicam a refletir sobre o sentido do mundo.

A ciência como vocação entra como um fator primordial para estudar esses profissionais, que possuem o domínio técnico de sua profissão e que estão em constante busca pelo reconhecimento.

Estimados ouvintes! No campo da ciência, só tem “personalidade” quem está pura e simplesmente ao serviço da causa. E não é só no âmbito científico que tal acontece. Não conhecemos nenhum grande artista que tenha feito outra coisa além de servir a sua obra, só a ela. (WEBER, 1963, p. 11).

Pode-se pensar que a representação histórica moderna da vocação está desaparecendo, pois a paixão parece estar em segundo plano. Desemprego, pobreza, flexibilidade no trabalho, reestruturação produtiva, tudo isso coloca em questão o sentido vocacional. Contudo, a referência imaginária da vocação continua e sobrevive e, pelo menos como representação, guia as condutas das pessoas (PERRUSI, 2003).

Para Brandão (2001), a descoberta da vocação antropológica, por exemplo, do chamado a ser a si mesmo e a sua realização, através das trajetórias biográficas, esclarece e dá sentido às vocações específicas, como as profissionais, dando-lhes um caráter único e insubstituível. A vocação profissional — que supõe a escolha de uma carreira profissional, bem como seu cumprimento — deve estar subordinada, assim, à afirmação de *quem* a pessoa é e deseja ser: é este “alguém” que dá consistência e significado para o *que* vai ser realizado.

Quando os indivíduos decidem investir em ensino superior, é interessante pensarmos como definem o curso ou carreira a ser trilhada. Essa decisão traz a necessidade de um investimento no capital humano e a espera de um retorno que tem a renda, a perspectiva de empregabilidade e o *status* associado à carreira ou vocação que também fazem parte do processo de decisão individual. Espera-se que uma pessoa escolha a carreira que lhe proporciona o maior fluxo esperado de utilidade dentre todas as opções (BARTALOTTI; MENEZES FILHO, 2007).

As escolhas profissionais partem por vezes de um universo amplo de opções que acabam em um “afunilamento” pela determinação da escolha profissional, que pode estar associada a uma área específica do conhecimento e determinada pelo querer e não querer, ou seja, pela necessidade de, dentre tantas áreas, escolher uma delas e, dentre uma diversidade de cursos desta área, escolher um para seguir. Para F5 esta escolha foi,

Primeiro porque eu queria um curso da área de saúde, porque eu sempre gostei, mas sempre tive problema com sangue então eu sabia de cara que pra medicina não dava, aí.....é.....pensei em odonto, mas também lembrei que odonto também mexe com cirurgia, aí desisti de novo, aí tentei em biologia, mais aí a parte prática da biologia é mais difícil e não mexe tanto com o indivíduo, aí foi onde eu entrei na fisioterapia, aí prestei vestibular aqui em João Pessoa e passei, mas foi mais tentando encontrar algo da área de saúde que se enquadrasse no meu perfil. (F5)

Quando Weber fala sobre a vocação científica, diz que paixão e trabalho andam juntos e cita o exemplo do professor que, sem a paixão, jamais possuiria vocação para cientista e o próprio Weber desconfia daquele professor que consegue ter duas aptidões: pesquisador e professor bem desenvolvidos, pois a ciência demanda devoção por parte do cientista. A ciência está alicerçada na especialização e posta a serviço de uma tomada de consciência de nós mesmo e do conhecimento das relações objetivas. A decisão por uma profissão está voltada para a concretização de objetivos futuros e surge em um momento da vida cercada de indecisões. Quando indagada sobre sua satisfação em “Ser” fisioterapeuta, a paixão surge no discurso de F10, ao dizer, “Excelente, porque eu sou apaixonada por fisioterapia, pela minha profissão” (F10).

As trajetórias biográficas são construídas a partir do chamado de si mesmo e da realização deste chamado. Passa-se, dessa forma, a ser configurado o sentido de vocação, bem como o da vocação profissional, que é apenas um aspecto da vocação em geral, que parte da escolha da carreira a ser seguida e o cumprimento que vem em caráter de subordinação ao que a pessoa é e ao que ela deseja ser, isto é que permeia o significado ao que será realizado. Dessa forma a trajetória se expressa como uma forma de liberdade pessoal e intransferível que é construída sob o pilar da vocação e do contexto social (BRANDÃO, 2001).

Para entender como se processou a ciência na fisioterapia, faz-se necessário entender o contexto no qual se iniciou a construção identitária do fisioterapeuta para, a partir daí, traçar um perfil profissional e vocacional, no sentido de tentar compreender melhor a construção da trajetória durante e após a graduação. Entender a fisioterapia como vocação é remetermos a Weber quando se refere à paixão como item fundamental para a profissão, através do reconhecimento de sua importância para o desenvolvimento da sociedade, seu papel na formação não só de profissionais,

mais de cidadãos, que no nosso entendimento é tão importante quantas outras profissões.

CAPÍTULO 2

A Formação da profissão de Fisioterapeuta: Campo da Saúde, História da Profissão e Institucionalização: Ensino e Órgãos de Classe

2.1 O FISIOTERAPEUTA NO CAMPO DA SAÚDE

Um dos conceitos centrais da obra de Bourdieu (1983) é de campo, definido como um espaço estruturado de posições, com dominados e dominantes que travam lutas para obtenção e manutenção de seus lugares. Esses campos têm mecanismos próprios, que lhe são peculiares, existindo vários tipos de campos, como o religioso, o científico, o político, o da educação, da mídia, o da saúde, etc. Cada campo é autônomo dentro do mundo social, onde cada participante tem suas necessidades e interesses. Esse mundo social pode ser entendido por meio da noção de espaço social nos quais se produz uma vida social, organizando-se e articulando os campos que estão em constante transformação, conforme suas necessidades e de seus agentes. A concepção de campo social é a de um espaço hierarquizado pela desigual distribuição de capitais, que pode ser de diversos tipos: econômico (bens econômicos e de produção), o cultural (intelectual), o social (relações na sociedade), o simbólico (honra, legitimidade), que conferem aos agentes, posições diferenciadas dentro desse campo, onde cada sujeito tem interesses que são inerentes ao campo.

Todas as pessoas que estão engajadas num campo têm um certo número de interesses fundamentais em comum, a saber, tudo aquilo que está ligado à própria existência do campo. (BOURDIEU, 1983, p. 90).

O Campo em Grillo (2005) é tido como um espaço de lutas e conflitos, formado por uma rede de relações objetivas entre posições. Os agentes do campo assumem posições diferenciadas e são constantemente coagidos pelo campo. Ocupa uma posição privilegiada dentro do campo, aquele que detiver maior concentração de capital simbólico, o que dará ao agente maior legitimidade e o levará a deter um poder maior dentro do campo, cuja propagação por todo o tecido social concederá prestígio e maior ascensão profissional.

Para Dubar (1998), a luta dentro do campo é travada pelos agentes e instituições onde as forças se diferenciam e as regras fazem parte do jogo. Aqueles que dominam o campo estão em vantagem, porém devem ficar atentos à resistência dos dominados, pois se trata de luta e, como toda luta, há conflitos, ganhadores e perdedores. Como afirma Bourdieu,

Um espaço - o que eu chamaria de campo - no interior do qual há uma luta pela imposição da definição do jogo e dos trunfos necessários para dominar nesse jogo. Colocar logo de saída o que está em jogo nesse jogo seria suprimir as questões que os participantes levantaram aqui porque elas realmente se colocam na realidade, no espaço dos médicos, dos psicanalistas, dos assistentes sociais, etc. (BOURDIEU, 1990, p. 119).

Para entender, em Bourdieu, a noção de campo na saúde, é necessário analisar o contexto da saúde e dos agentes que compõem tal campo e buscar a construção de um *habitus* profissional neste contexto, como sendo,

Uma regra feita homem ou, melhor, um *modus operandi* científico que funciona em estado prático segundo as normas da ciência sem ter essas normas na sua origem: é esta espécie de sentido do jogo científico que faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia de fazer, e menos ainda a regra que permite gerar a conduta adequada (BOURDIEU, 1989, p. 23).

Dessa forma, nossas práticas são conduzidas e justificadas pelas normas, e nossas ações dependem de um momento específico, no qual temos que tomar decisões que, por vezes, manifestam-se através de nossas vivências do cotidiano.

O campo científico, no sentido profissional, traz consigo um contexto diversificado de ações que são produzidas pelos agentes que o compõem, promovendo conflitos e interesses que deixam claro as relações de poder através de saberes diversos e de acúmulo de diversos tipos de capital. Bourdieu (1983) comenta sobre as relações de poder e de dominação existentes no campo da ciência, na inexistência de uma ciência neutra “Universo da mais pura ciência é um campo como qualquer outro, com suas relações de força e monopólios, suas lutas, estratégias, interesses e lucros”. (BOURDIEU, 1983, p. 123).

A cada instante os participantes desse campo tentam se aperfeiçoar no sentido de buscar novos saberes e se apropriar deles a fim de merecer destaque e

reconhecimento dentro do campo. É nesta perspectiva que o fisioterapeuta vem desenhando uma nova realidade profissional, buscando novas formas de conhecimento e atuando em diversas áreas de atenção à saúde, a fim de estar “apto” a estabelecer relações nos diversos campos de saber. A fim de tentar compreender estas “novas” áreas de domínio da fisioterapia iremos diferenciar sua atuação conforme os níveis de atenção à saúde. Os níveis de Saúde são classificados como: baixa, média e alta complexidade. A atuação no nível de baixa complexidade de saúde se faz através da inserção do fisioterapeuta na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com participação no desenvolvimento de estratégias preventivas de agravos à saúde, bem como em ações no processo de reabilitação; na média complexidade estão os ambulatórios, as clínicas, os consultórios e os centros de reabilitação. Nesses espaços, a fisioterapia é realizada através de atendimentos individuais com uso de recursos diversos (equipamentos, cinesioterapia, fisioterapia aquática, entre outros), sendo nesse âmbito puramente reabilitadora. O outro nível de atenção é o de alta complexidade que se configura através das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e dos ambulatórios hospitalares, onde a atuação do fisioterapeuta é voltado, para pacientes mais graves, fazendo uso, principalmente da fisioterapia motora e cardiorrespiratória. Outras atuações são voltadas a consultorias ergonômicas e ginástica laboral nas empresas; atuações como docentes em Instituições de Ensino Superior (IES's) e através de pesquisa e extensão, bem como membro integrante dos conselhos de classe.

Assim como as demais profissões, a fisioterapia luta para ocupar seu espaço profissional, através da abertura de nichos de ocupação. As profissões do campo da saúde repetem o movimento da medicina. São corporativistas e defendem com ardor (a expansão) suas atribuições profissionais.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988 houve uma nova proposta de acessibilidade de toda a população a todos os níveis de atenção, o que levou às profissões de saúde a tentarem ocupar este novo nicho. A definição da ocupação de um nicho, que surge dentro de um mercado, permeia vários critérios, dentre eles: As regras impostas pelo governo, do profissional que é necessário (nem sempre bem claras); a ausência de tomada de decisões dos órgãos que regulamentam a profissão; o número de vagas escassos; dentre outros. Dentre as profissões (exceto a medicina), que mais ocupam atualmente o campo da saúde

voltado para o SUS é a enfermagem, o que ampliou suas possibilidades de executar suas práticas. As demais profissões, inclusive a fisioterapia também se faz presente neste campo, porém em menor número. Adentrar no campo é uma luta política, e como tal, envolve estratégias e contingente. A necessidade da luta estar não apenas no sentido de “ocupação” de um nicho, mas no sentido de demonstrar a importância da profissão, dentro de um espaço que também está ocupado por outras profissões, onde profissionais qualificados devem se articular, a fim de possibilitar uma interdisciplinaridade, como para Assis *et al* (2002),

[...] a compreensão da multideterminação dos problemas de saúde vivenciados pela população e amparada no conceito da interdisciplinaridade, evidencia que a implementação do programa prevê o envolvimento de profissionais qualificados, capazes de articularem no exercício de seu trabalho os conhecimentos específicos, construídos ao longo de sua formação profissional, com os saberes coletivos, na direção de uma prática social a qual transcenda à fragmentação e especialização características das ações de saúde no País (ASSIS *et al*, 2002, p.263)

Dentre os programas que permitem uma construção de saberes, está o Programa de Saúde da Família (PSF)² que surgiu de uma necessidade de resgate do “médico da família”, que realizava sua prática no domicílio, o que conferia um caráter de menor “distanciamento” entre paciente e médico. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no ano de 1994, exceto em alguns municípios que tiveram sua implantação em 1991 (Niterói-RJ) e em 1993 (Itacarambi-MG), entre outros. O programa surge na intenção de superação do modelo de assistência hospitalar com âmbito apenas curativo. A assistência do PSF é familiar e voltada à substituição do modelo tradicional de assistência, principalmente do modelo hospitalar. Essa atenção à família deve ser ampla, com análise e compreensão de seu aspecto físico e social,

² Saúde da Família:” A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, <http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>)

através não de um só agente de saúde, mas de uma equipe que esteja totalmente interligada a essas necessidades (FRANCO; MERHY, 2007)

Para os mesmos autores, a composição inicial da equipe multidisciplinar para o PSF deveria constar de, no mínimo, um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), numa proporção de um agente para cada 550 pessoas da comunidade para acompanhamento e toda equipe deveria acompanhar 4.500 pessoas, conforme territorialização³. As ações seriam voltadas a visitas domiciliares, ações programadas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeiro.

Até agosto de 2011, o Brasil tinha como meta 33% de cobertura populacional realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e 32% de cobertura real no mesmo ano como a figura 2.

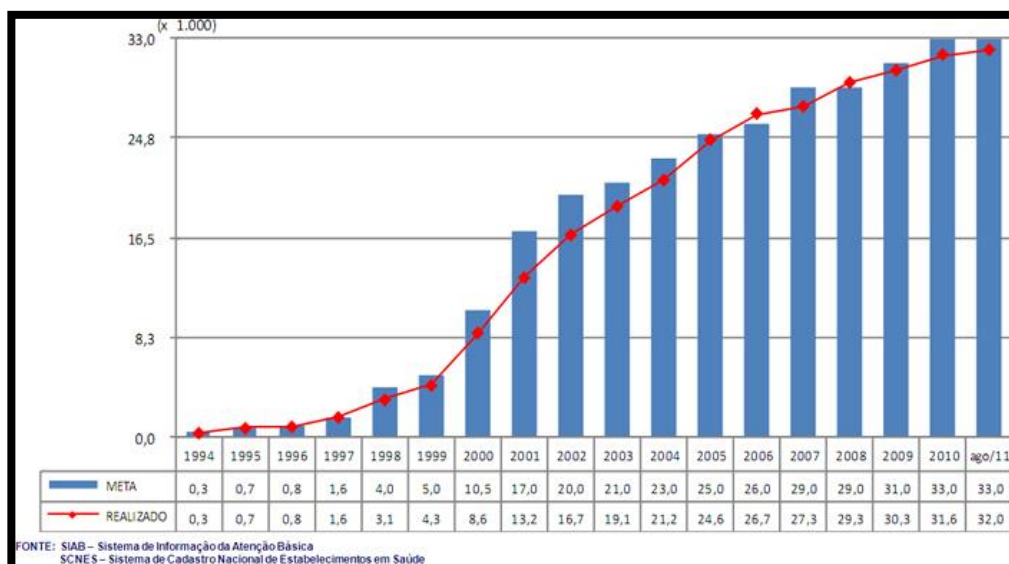


Figura 2: Meta e crescimento real do número de equipes do Programa de saúde da família (PSF) no Brasil até agosto de 2011.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

O Programa de Saúde da Família foi implantado em João Pessoa no ano de 1999 com 6 (seis) Equipes de Saúde da Família, cobrindo assistência a 20.700 indivíduos. Em 2013, este número passou para 173 (cento e setenta e três) equipes

³ Territorialização: “A territorialização como um instrumento utilizado na prática da saúde pública, gera subsídios para elaboração de estratégias em saúde, através do mapeamento das áreas de abrangência da Saúde da Família, fornecendo informações aos gestores públicos sobre as condições referentes a qualidade de vida da população, os quais em posse desse conhecimento irão elaborar o plano de estratégia de saúde da família”.(CASSIANO; REINALDI; MORAIS, <http://www.sbpnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/1897.htm>)

com cobertura de 596.850 indivíduos. A Atenção Básica no município é dividida em Distritos Sanitários, totalizando 5 (cinco) distritos, cada um com um quantitativo de Unidades de Saúde da Família (USF), sendo assim distribuídos, conforme figura 3.

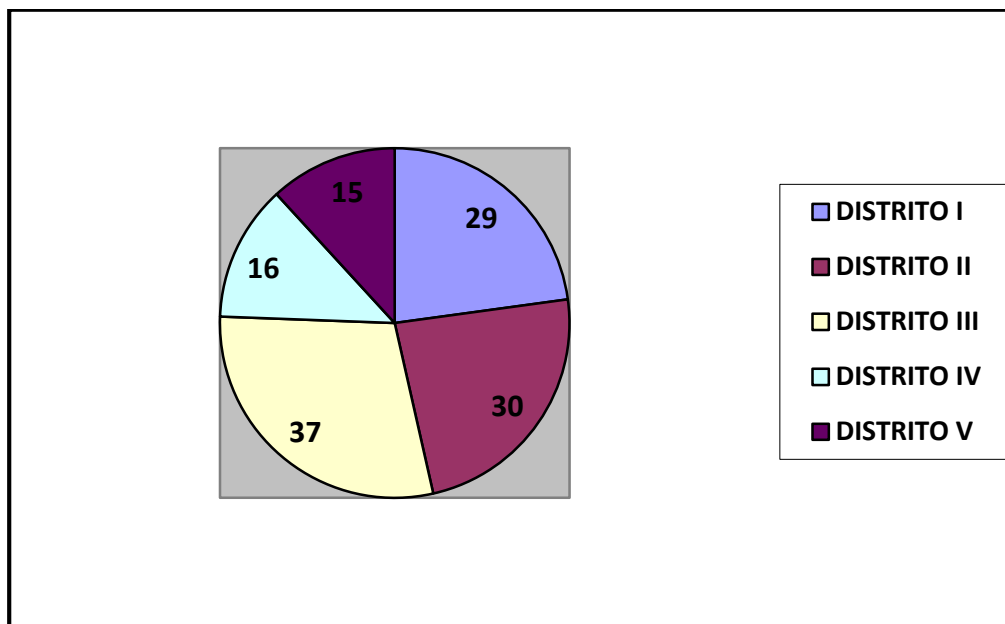


Figura 3: Distritos Sanitários e Nº de PSFs referente a cada distrito em João Pessoa.
Fonte: Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, 2013.

O Distrito Sanitário com maior número de equipes de saúde da família é o Distrito III com 37 equipes, seguido do Distrito II com 30 Equipes, Distrito I com 29 equipes, Distrito IV com 16 equipes e por último o distrito V com 15 equipes. O número de equipes varia conforme o número de indivíduos de um determinado território (SECRETARIA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA/PB, 2013)

Até outubro de 2013, o município de João Pessoa assistia à 165.911 famílias pelo Programa de Saúde da Família e até a mesma data foram realizadas 134.879 visitas domiciliares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A fisioterapia ficou fora do início da implantação do PSF no território nacional, ficando sua participação na equipe, assim como dos outros profissionais que não fazem parte da constituição básica de uma equipe de PSF, a critério de cada gestor. Porém, para que o fisioterapeuta adentre neste espaço, com mais propriedade de realização de suas práticas e, para acompanhar o avanço da saúde coletiva no país, surgiu a necessidade de adequação dos cursos de fisioterapia, como tentativa de acompanhar este crescimento, viabilizando o entendimento desse futuro profissional, diante das práticas de assistência primária, para uma possível inserção neste novo

espaço de trabalho. Foi através dessa necessidade de vivência “extra muros” que a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) lançou mão de um projeto no qual os discentes poderiam utilizar-se de práticas preventivas dentro de comunidade carentes do município de João Pessoa. A primeira comunidade assistida foi a do bairro Padre Zé situada na periferia da capital, estendendo-se depois a outras comunidades, com o Timbó e Grotão, no mesmo município, através da disciplina Saúde Coletiva e do projeto de extensão “Fisioterapia na Comunidade” (NOVAES; BRITO, 2011).

A inserção dos fisioterapeutas nas comunidades, apesar da fisioterapia ainda ter a reabilitação como seu “carro chefe”, baseada em uma construção curalista, percebe-se que novos campos de atuação levam à abertura de um novo fisioterapeuta, com uma visão mais ampliada na qual a prevenção e a promoção têm sua importância, desenvolvendo, neste sentido, competências e habilidades⁴ para sua atuação profissional. Nesse sentido, permite-se a atuação do fisioterapeuta na atenção básica e no ambiente comunitário, de acordo com as diretrizes do PSF, desde que capacitado e motivado, dominando os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e se enquadrando nas necessidades vigentes (DELAÍ; WISNIEWSKI, 2011). Assim,

Uma profissão consolidada, por sua vez, pode conseguir preparar os seus membros para atender as necessidades terapêuticas da população, assim como prever demandas clínicas e preventivas futuras” (COURY; VILLELLA, 2009, p.357)

O surgimento de novos espaços de trabalho, com a implantação e com as implementações dos programas de Saúde da Família, não traz consigo uma regulamentação que estabeleça a participação do fisioterapeuta como membro de uma equipe multiprofissional. Na verdade, a inserção desse profissional dentro da equipe se faz através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foi criado no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde e, atualmente, é regulamentada pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Os NASF’S funcionam como centros de referência e não funcionam mais como prevenção primária, mas sim como prevenção secundária.

⁴ Competências e Habilidades: A competência permite mobilizar o conhecimento a fim de enfrentar uma determinada situação, estaria ligada a várias habilidades que são menos amplas que as competências e estão atreladas ao saber fazer, porém não pertence a uma “determinada” competência, uma vez que a mesma habilidade pode contribuir para competências diferentes (GARCIA, [s.d.], p. 5).

A prestação de serviço da fisioterapia fica atrelada a encaminhamentos realizados pelos demais membros das equipes do PSF's (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo a portaria da implantação do NASF, poderão compor as equipes as seguintes ocupações, conforme código Brasileiro de Ocupações (CBO)

Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A composição de cada NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O fisioterapeuta está entre os profissionais que compõem a equipe do NASF, porém o Programa fica sujeito a intervenções políticas, o que caracteriza uma fragilidade. Por vezes, tal fato explica a ausência dos profissionais dentro das equipes, onde o “básico” para a gestão é o bastante, oferecendo um “pacote” elementar de serviços para sugerir que algo está sendo realizado em prol da comunidade, mascarando uma situação social concreta, onde o fisioterapeuta, dentro deste contexto, aparece como um profissional dispensável e não necessário. Esse fato pode estar relacionado em parte a sua construção histórica, em que a mesma sempre foi vista como uma profissão paramédica que tem, como função, o processo de reabilitação de indivíduos, com algum tipo de lesão, e a sua reinserção na sua vida produtiva, conferindo-lhe uma representação meramente tecnicista. Outro motivo é a falta de investimento na saúde pública brasileira. A participação do fisioterapeuta na composição dos NASF's é de dois fisioterapeutas para cada equipe, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Atualmente, existem 20 Equipes do NASF, totalizando 40 fisioterapeutas disponíveis para a assistência nesse nível de complexidade.

O ministério da saúde classifica os NASF's em três modalidades, sendo o NASF 1 composto por cinco a nove equipes de saúde da família, o NASF 2 de três a quatro equipes e o NASF 3 de uma a duas equipes, conforme número de habitantes,

porém no território Nacional houve até o momento a implantação do NASF 1 e do NASF 2 como mostra a figura 4.

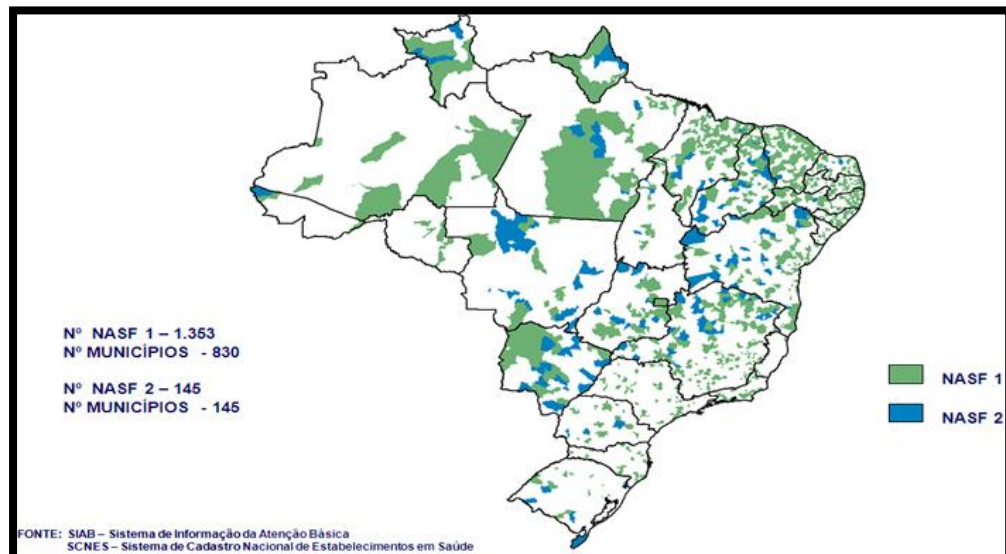


Figura 4: Implantação dos NASF's no Brasil e Municípios Contemplados
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013

Em se tratando do município de João Pessoa, há apenas o tipo 1 de NASF e a figura 5 mostra sua evolução desde sua implantação, ficando sua composição a critério de cada gestor municipal, baseado nos critérios de prioridades através dos dados epidemiológicos e das necessidades locais, o que confere uma ilusão, visto que, no nosso entender os primeiros não são reais, dado as não notificações e subnotificações, e o segundo, pelo distanciamento que vivemos no cotidiano entre gestores e comunidade, respectivamente.

Uma coisa são as regras e as normas de uma política pública; outra coisa, sua implantação e o real funcionamento da instituição. O sistema público de saúde no Brasil é deficiente (na verdade, um sistema popular e não universal, pois, na hierarquia de classe brasileira, quem utiliza o SUS são os pobres). O SUS, atualmente, *ainda* reproduz a velha dicotomia no campo da saúde: público para as classes populares; privado para as classes médias em diante. Dessa forma a “parte” da população que necessita de atendimento através do SUS, fica à espera da boa vontade daqueles que, quando precisam, recorrem aos centros privados para cuidar de sua saúde.

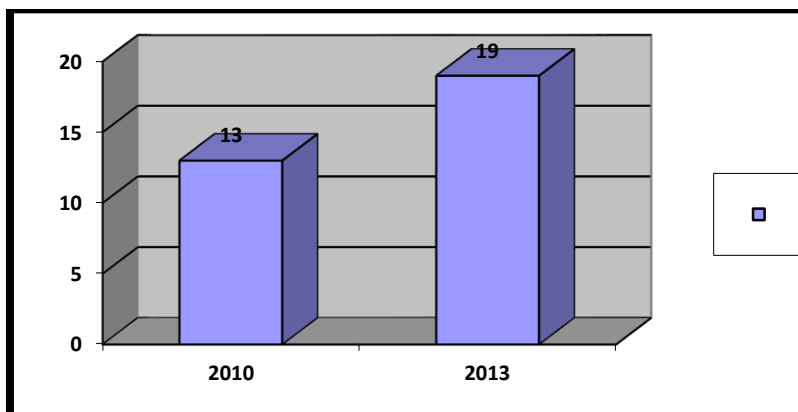


Figura 5: Evolução do número de equipes do NASF no Município de João Pessoa-PB de 2010 a 2013.

Fonte: Construído a partir dos dados do Ministério da Saúde, 2013.

Há mais de uma década esse processo de reconhecimento da atenção básica vem sendo transformado a pequenos passos, com o fisioterapeuta tentando mostrar sua importância no cuidado à saúde da população (NOVAES; BRITO, 2011). A necessidade de reconhecimento do seu papel, principalmente dentro desta nova área de abertura profissional fica clara na fala de F6.

Eu preciso conhecer e reconhecer a importância dessas outras profissões para que quando o meu paciente, quando aquele usuário, aquele cidadão me procurar eu sendo fisioterapeuta um educador físico, um nutricionista ou um médico eu saber que existe esse outros profissionais que podem complementar a minha atuação e dar aquele paciente uma assistência integral, então se eu não conheço, eu desconheço, eu não vou somar, eu não vou integrar essas profissões a necessidade do paciente, eu acho que é isso que falta, a partir do momento que a gente compreende o papel de todas as profissões, de todos os profissionais, o papel que elas exercem, a importância que elas tem, a autonomia de cada um e como elas podem somar e agregar nesse tratamento, nesse paciente a gente ia conseguir ter muito mais reabilitação e um reconhecimento perante a sociedade porque o papel de cada um também é dado pelos colegas. Como é que a sociedade vai reconhecer uma profissão se o colega não reconhece a necessidade? você pode fazer se você quiser a fisioterapia, a tá, então faça. (F6).

Esses entraves podem advir tanto da estrutura governamental quanto dos profissionais que dividem com outros profissionais algum espaço, pois apesar dessa nova abertura ainda se percebe o quanto o saber médico é dotado de legitimidade. Assim, o saber médico se torna o único capaz de deter o conhecimento através do acúmulo de capital intelectual (*expert*), transformado em capital simbólico, que lhe confere poder e dominação em relação às demais profissões, que passam a atuar

como meros coadjuvantes, dentro de um contexto de subordinação, diminuindo o reconhecimento e aumentando a desvalorização de sua prática profissional. Para o entendimento, remetemo-nos ao conceito de poder simbólico:

O poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder: só se pode passar para além das alternativas dos modelos energéticos que descrevem as relações sociais como relações e força e dos modelos cibernéticos que fazem delas relações de comunicação, na condição de se descreverem as leis de transformação que regem a transmutação das diferentes espécies de capital em capital simbólico e, em, especial, o trabalho de dissimulação e de transfiguração (uma palavra de eufemização) que garante uma verdadeira transubstanciação das relações de força fazendo ignorar-reconhecer a violência que elas encerram objetivamente e transformando-as assim em poder simbólico (BOURDIEU, 1989, p. 15)

Esse poder, que é invisível, dissemina-se no espaço social e estrutura condutas e valores dos que compõem o campo. O capital simbólico, conferido à medicina, viabiliza a continuidade da hegemonia médica, representada pela legitimação das relações históricas de poder e de estratégias para acúmulo de prestígio. O que fortalece a existência dos sistemas simbólicos é a estrutura do campo em que eles são produzidos e reproduzidos (BOURDIEU, 1989). É um poder necessário para que as classes dominantes ou campos dominantes exerçam seus poderes, através de práticas sociais e por meio de instituições que possibilitam o exercício desse poder. Porém nem sempre ocorre o acúmulo de capital simbólico, mesmo que o agente possua capital intelectual suficiente (BOURDIEU, 1990).

Para saber qual o lugar do fisioterapeuta dentro desse campo da saúde, é necessário compreender não só suas práticas e saberes, mas o papel que ele ocupa no processo saúde-doença e entender qual sua verdadeira posição nesse âmbito dinâmico de composição de forças. Produz-se assim um campo hierarquizado, decorrente do acúmulo de tipos diferenciados de capitais, os quais foram transformados ao longo do processo histórico de formação de cada profissão.

Para Galheigo (2008), a aplicação do termo "campo", na produção de saúde, parte da concepção de um espaço de realização de práticas profissionais em diferentes cenários, nos quais interagem agentes sociais e instituições, onde participam os produtores, os distribuidores e os consumidores de "saúde", sendo os

primeiros aqueles que têm suas práticas voltadas à formulação das políticas do campo; os segundos, os que oferecem os serviços e equipamentos; os terceiros, os que utilizam estes serviços, respectivamente. Além deles, outras instâncias também participam do campo da saúde, como as que regulam as profissões e as legitimam. Para Batista (2010):

A Fisioterapia tem sido considerada desde a sua criação como profissão reabilitadora, porém, mais recentemente, busca romper com este paradigma, e procura redefinir um espaço social como profissão de saúde num contexto mais amplo e de atenção em todos os níveis das condições de saúde, não somente na doença, ou na sequela da doença como também, na atuação preventiva da manutenção da saúde. O objeto de trabalho da fisioterapia, enquanto ciência da área da saúde passa de centrado na doença, para a prevenção da doença e a busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas, com uma visão holística sobre o homem e o movimento humano (BATISTA, 2010, p. 27).

Para a mesma autora, a delimitação e a definição inicial do campo de atuação da fisioterapia, em profissão puramente reabilitadora, surgiu dos critérios que regulam o exercício da profissão, bem como de sua profissionalização. Por isso, é necessário que ocorra uma reforma curricular que traga o fisioterapeuta para a realidade prática de um campo de saberes mais completo.

Esse profissional vem buscando, de forma marcante, especificidades e qualificação de suas práticas e técnicas, para adquirir cada vez mais legitimidade e poder dentro do campo; enfim, a construção de seu *habitus* parece ter seguido o mesmo caminho das demais profissões da saúde, que tiveram todo seu *habitus* construído em torno do saber e práticas médicas. Apesar de não haver um ideário de profissão tão definido, sabe-se que o objeto do fisioterapeuta é a prevenção e a reabilitação. Como tal, consiste em buscar estratégias, junto aos demais profissionais da saúde, para a prevenção da doença e, quando já instalada, devolver a qualidade de vida ao indivíduo em busca do seu bem-estar físico-psíquico e social, reinserindo-o ao seu contexto social. Sobre a qualificação profissional, através das especialidades, Demo 2008 diz que:

Dada a própria complexidade do real, não faria sentido borboletear para todos os lados, porque o conhecimento daí resultante seria muito superficial, tendente ao senso comum. Ao defender, porém, o especialista, é preciso colocar limites, sobretudo sugerir que olhe para os lados um pouco mais, tenha uma leitura mais diversificada, sobretudo trabalhe em equipe. Um pesquisador sozinho não consegue, a rigor, ser transdisciplinar, a menos que seja um gênio fantástico. A transdisciplinaridade surge mais adequadamente no grupo diversificado de estudo (DEMO, 2008. p. 15).

Poder-se-ia pensar que há pouco acúmulo de capital simbólico, pouco *status* profissional, o que faz com que esse profissional não ocupe um lugar privilegiado dentro do campo da saúde. Pode-se pensar na existência também de diferenciações de campo conforme a região. Percebe-se um lugar mais de destaque em determinadas regiões do país, onde a participação do fisioterapeuta é quase igualitária em relação aos outros profissionais da saúde, participando ativamente das estratégias tomadas pela equipe e tendo sua função definida dentro desse campo. Percebemos esta diferenciação durante atuação no espaço da saúde na Cidade do Recife-PE, inserido em uma equipe de saúde hospitalar, onde havia uma interação entre os que compunham tal equipe, com definição de atribuições inerentes a cada profissional, reconhecimento e autonomia.

Talvez esse *habitus*, em algumas dessas regiões, seja o de tratar com certa paridade todos aqueles que estão dentro de um campo e que têm objetivos semelhantes. Todos assim têm sua função, existindo a complementaridade das atribuições profissionais de cada um, através da diversidade de formas de saberes e de práticas, o que produz poder e legitimidade a todos. Mesmo assim, todas as nossas condutas são orientadas pelo *habitus*. Pode-se pensar que as situações orientadas pela profissão são constitutivas de *habitus* que são internalizados de forma natural, sem que ocorra conduta prévia levando a essa internalização. Tal situação faz com que se conheça o sentido de estar no campo e de fazer parte dele, como um jogo, no qual cada um é um agente diferenciado.

2.1.1 As inter-relações profissionais no campo da saúde

Falar em relações não é algo tão simples, pois cada indivíduo é carregado de particularizações que os torna um ser único. Nos dias atuais, com o grande avanço da medicina e o grande número de profissionais lançados no mercado, fica difícil

entender qual o lugar que cada agente da saúde ocupa dentro do campo a partir de seus saberes e de suas práticas e situá-los dentro desse campo.

Para isso, é necessário adentrar no terreno das relações de poder que é, no mínimo, uma tarefa que exige muita cautela e reflexão, visto ser as relações de poder algo que perpassa por uma abstração e que se torna difícil de ser alcançado e localizado. Foucault traz a discussão no sentido de o poder se fundamentar a partir das necessidades de um determinado tempo (tempo no sentido de "época"). Para ele, existe uma dependência, ou seja, um entrelaçamento entre o poder e o saber, não havendo, portanto, uma divisória entre um ser a causa e o outro, a consequência, ou vice-versa. Na Microfísica do Poder, Foucault fala sobre um poder que percorreria todo o espaço social, passando por cada indivíduo e que seria visto como uma reação imediata de todos sobre cada um, e não como uma forma de poder de alguns sobre outros (FOUCAULT, 1988).

Para o mesmo autor, o poder não é um conjunto de forças materiais concentradas no centro da sociedade, irradiando-se para a periferia, mas sim uma relação assimétrica entre indivíduos, entre grupos, que faz um caminho inverso (periferia para centro), não de forma intermitente, mas permanentemente, dando sustentabilidade à autoridade e funcionando de forma positiva e dinâmica. Dessa forma, o poder é um conjunto de relações assimétricas e permanentes.

Para Florentino (2011), diante dos conflitos produzidos entre os agentes dentro do campo da saúde, Bourdieu diria que os agentes entram em um verdadeiro "jogo" em busca do seu prestígio social. Isso ocorre através da busca constante por qualificação, pelo conhecimento científico, pela habilidade técnica (saber-fazer) e pelo saber-ser (relacionar-se com os outros).

Para consolidar o jogo, é necessário que tenha um objetivo, um instrumento de desejo, que leve os agentes a disputarem seus espaços dentro do campo. Porém, é fato que alguns agentes conseguem avançar mais no jogo e acumulam mais poder, tornando o campo um espaço assimétrico. Essa assimetria no campo da saúde é visível na figura do médico em relação aos demais profissionais. Isso pode ter advindo da formação do *habitus* e das constantes lutas travadas por esses profissionais para manterem sua hegemonia perante as demais profissões. O fato mais atual é a Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013, que teve início com o projeto de Lei 7.703/06, levando o nome de Ato Médico, com a finalidade de estabelecer uma nova regulação do

exercício da medicina, inalterada desde 1931. O Ato Médico⁵ trouxe uma nova discussão em relação ao poder profissional, à legitimidade das ações dentro da saúde e ao conflito da medicina com as demais profissões; porém, uma das conquistas mais recentes foi a aprovação desse projeto com dez vetos⁶ pela Presidenta Dilma Rousseff. O “jogo” parece ser o de manter/aumentar o patamar de subordinação, tirando toda autonomia das diversas profissões da saúde, colocando o médico como o único dotado do poder-saber e competência para o exercício das práticas de saúde. O interessante é que, possivelmente, a necessidade do médico, em se auto-afirmar perante a sociedade através de suas práticas, seja proveniente do surgimento e do fortalecimento de outras profissões de saúde nas últimas décadas. Isso pode ter gerado um desconforto dos médicos em partilhar sua posição com os outros profissionais de saúde, visto que o reconhecimento e a necessidade desses “outros” profissionais vêm crescendo aos olhos dos usuários dos serviços de saúde. Este “empoderamento” dos demais profissionais de saúde está sendo construído a partir da busca por qualificações, especializações e em conhecer cada vez mais o seu domínio profissional.

O empoderamento de outras profissões não ocorre apenas por uma busca de qualificação profissional -- no máximo, é uma estratégia complementar. É luta política (parlamento), profissional (associações) e corporativa (sindicatos).

Guimarães e Rego (2005) trazem a questão acerca do Ato Médico como forma de poder de um grupamento profissional de autorregulamentar-se, tratando a autorregulamentação como ambição profissional e definição de limites profissionais e de delimitação do campo de atuação. A ocorrência desse fato, segundo os autores, decorre da divisão do trabalho, fragmentando as profissões, que buscam se “repactuar” com o intuito de minimizar o enfraquecimento de sua organização.

Para os autores, algumas áreas se destacam mais nessa relação de conflito, dentre as quais estão a Nutrição com os nutrólogos; o fisioterapeuta com os fisiatras; os educadores físicos com os médicos da área de medicina desportiva, e entre os fonoaudiólogos com os otorrinolaringologistas. No nosso entender, as disputas e os conflitos, por vezes, ocorrem entre os pares, o que traz uma noção de fragilidade da

⁵Lei do Ato Médico: A Lei em sua íntegra pode ser vista em: <http://www.ccm.ufpb.br/arquivosdosite/Quadro%20Comparativo%20entre%20o%20Projeto%20de%20Lei%20do%20Senado%20n.pdf>

⁶ A Lei do Ato Médico com vetos pode ser vista em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm

profissão. Num pensamento semelhante, estão Capelle, Melo e Brito (2005) que trazem a questão do poder como algo que vem aumentando em função do surgimento das organizações que geram um maior número de tarefas e habilidades, mesmo que de forma fragmentada e especializada, com posições diferenciadas entre os agentes, exigindo a criação de estratégias que minimizem os conflitos decorrentes dessa “nova” divisão do trabalho.

É viável que tenha um entendimento e uma valorização profissional de todos aqueles que participam dessa construção de saberes, mesmo que de forma específica, incluindo o doente que deve ter co-autonomia diante das decisões referentes à sua vida. Em torno dele, devem estar todos os profissionais de saúde dotados de legitimação para a execução de suas práticas, compreendendo e respeitando o espaço ocupado pelos colegas e suas funções dentro do campo, pois é diante da interação entre o grupo que se constrói uma rede de cuidados definidos para cada pessoa, respeitando suas particularidades e sua individualidade.

Esse profissional dotado de habilidades e competências vem agregar valores dentro de uma equipe multidisciplinar e também compartilhar conhecimento. Para Mattos (2008), o conhecimento deve ser construído de forma crítica, através do desapego da ideia de objetividade, pois sua constituição deve ser embasada pelos valores e crenças dos usuários, agregados à construção de conhecimento acadêmico ou científico, viabilizando uma melhor assistência ao usuário.

É através do respeito à individualidade do outro que se constrói um ambiente salubre para o desenvolvimento de atividades, onde nenhum saber deve estar acima do outro, onde cada sujeito possa construir algo novo a partir do saber comum e que nessa dinâmica todos saiam ganhando em conhecimento e em solidariedade. Cardoso (2004) fala sobre o conhecimento através da equipe interdisciplinar:

A equipe interdisciplinar não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro das várias subjetividades das pessoas que a compõem. Portanto, ao falar de uma equipe interdisciplinar, estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências... É na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir. Em outras palavras, além da diferença entre o saber do médico, da enfermeira, do psicólogo, do dentista, do agente comunitário de saúde, do paciente, estou me referindo àquelas

entre a Maria, o José, a Sandra, o Paulo e todos aqueles que de algum modo, participam do PSF (CARDOSO, 2004, p. 2).

Para Sumya e Jeolás (2010), a interdisciplinaridade funciona como dispositivo de agregação de valor, na qual os saberes de diversas áreas se entrelaçam formando conexões com diversas dimensões do conhecimento. O fato, de extrema importância, é que, na teoria, o tema vem sendo discutido e aprimorado, porém são encontrados na prática obstáculos de difícil resolução. Quando surge a necessidade ou a possibilidade de um trabalho em conjunto, os envolvidos parecem envolver-se apenas com suas práticas, compartimentalizando essa possibilidade de trabalho em conjunto, usando de tomadas de decisões isoladas, com iniciativas que não geram resultados benéficos para os que precisam. Esse comportamento leva a um pensamento de medo de invadir o campo alheio, esquecendo que o processo multidisciplinar leva à formação e à disseminação de saberes diferenciados, alicerçados numa construção sólida e eficiente do saber.

Partimos da possibilidade de construir um saber coletivo, permitindo uma relação de trabalho que conduza à promoção de saúde em seu aspecto pleno. Para Dubar (1998), as relações de trabalho levam a uma construção de identidade dentro do campo profissional. Todos, que o compõem, devem participar de sua organização, produzindo a integração coletiva e a construção de um trabalho permanente e não provisório em saúde, sem que ocorra o controle, por parte de apenas uma categoria, e a superioridade de uma profissão em relação à outra e em relação ao doente.

Das profissões, a medicina é aquela que desenvolve um controle do desvio social, no qual imprime, no usuário, o seu papel de doente, ou seja, enquadra-o dentro de um processo e não lhe permite fazer parte desse mesmo processo, bem como desenvolver a co-autonomia, o que garante ao profissional médico o controle do processo saúde-doença (PERRUSI, 2003). Para Bonelli (1999), esse controle ocorre porque a medicina tem autoridade no campo da saúde, pois em suas mãos está o diagnóstico e a prescrição de medicamentos, o que a coloca numa posição diferenciada das demais profissões. No livro “O nascimento da clínica”, Foucault traz o surgimento da medicina com os decretos Marly de março de 1707 que regulamentava a prática médica e sua formação e na “luta contra os charlatões, os empíricos e as pessoas sem título que exerciam a medicina” (FOUCAULT, 1977, p.

48). O artigo 26 do Decreto dizia que apenas o médico licenciado poderia prescrever medicações, mesmo que de forma gratuita.

Esse controle, portanto, leva a um distanciamento entre médicos e pacientes, principalmente no que se refere às classes menos favorecidas, chamadas classes populares, para as quais os médicos são “[...] representantes de um universo estranho” (BOLTANSKI, 1989, P. 39). Os pacientes reconhecem a distância social que os separa dos médicos, pelo fato de estarem em situações de saber diferenciados ou mesmo por pressentirem que a relação é uma relação de classe e que, quanto mais “baixa” a classe social, maior será a diferença de tratamento.

Para o mesmo autor, a distinção pode acontecer de forma mais intensa pelo fato de adotarem vocabulários condizentes com a cultura de cada um, fazendo com que o médico explique apenas o que os pacientes “podem” compreender, apesar de que, por vezes, existe o temor de estar diante de um indivíduo que pode confrontar a sua conduta prática. É por esse motivo que não se deve negligenciar o conhecimento comum, advindo da experiência do cotidiano daqueles que “cuidam” de outros ou de si mesmo sem formação acadêmica para isso.

Para Mattos (2008), o cuidado em saúde é baseado em eixos que o norteiam, sendo um a medicalização, outro a racionalidade médica e o último, não menos importante, a acumulação de capital cultural. Diante disso, o sujeito doente se torna refém, mantendo-se sob controle profissional através do saber, onde o profissional passa a dar atenção maior à doença e não ao doente em si. Isso acaba privilegiando as técnicas e não a singularidade de cada pessoa. Porém, parece existir, dentro desse contexto, profissionais de saúde que buscam modificar tal cenário e que tentam colocar em prática as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de minimizar o distanciamento do sujeito de sua doença e efetivar sua co-participação neste processo. Assim F9, ...

É preciso entender o paciente, é ouvir o paciente. A gente tem que ser, as vezes, até um pouquinho psicólogo, né? [...] Eles são muito carentes, entendeu?! Afetivamente, falando. Ser fisioterapeuta é isso. É você atender, você tem que atender bem, eu gosto de atender bem. O paciente tem que se sentir bem. Ouvir o que ele tá falando e explicar o que está fazendo, as vezes você nem presta atenção. Muitas vezes tem profissionais que nem olham pra cara do paciente. Eu acho que o fisioterapeuta, por ele estar ali todo dia (ou quase todo dia) atendendo, ele tem uma... Ele interage com aquele paciente, entendeu? Então ele tem que ouvir muito. As vezes muitos pacientes chegam no trabalho,

na clínica, chorando e saem sorrindo. Então isso aí, pra mim, é muito gratificante, entendeu? Não vale dinheiro nenhum. (F9).

A noção de reprodução de nossas práticas tem que nos acompanhar sempre, no sentido relacional, sem que haja um poder que nos distancie da relação social, que é produzida entre paciente e profissional, pois dessa desigualdade de patamares surge um comprometimento no processo de cura (MATTOS, 2008). Segundo o autor,

[...] Não dispomos, como agentes humanos, da possibilidade de condução racional de vida social, embora possamos lutar por certas transformações. Mas a nossa luta sempre se fará com base no entendimento teórico bastante restrito de nossas próprias ações. Daí a importância de um esforço sistemático do exame das possíveis consequências de nossas ações (MATTOS, 2008, p. 318).

Trazendo a noção de ações para o contexto da saúde, entendemos como uma das mais importantes as ações entre aqueles que fazem parte de sua construção, tendo um sentido de proximidade dos sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença e permitindo uma construção das práticas voltadas a uma concretização desse olhar “diferenciado”. Consegue-se, assim, “enxergar” as mais minuciosas fragilidades e peculiaridade dessa relação, na qual o indivíduo está no centro, e não sua doença, onde o ouvir, o tentar compreender e o participar fazem parte dessa construção.

2.2 HISTÓRIA DA PROFISSÃO

Os meios físicos já eram utilizados pelos povos antigos de forma empírica através do uso dos recursos advindos da natureza, como os banhos em rios e lagos para alívio das dores no corpo, bem como foi descrito na China desde o ano de 2.698 a.C. Na Grécia Antiga, com os estudos de Aristóteles sobre os músculos, foi lhe conferido o título de “pai da cinesiologia”. Na Alemanha, as primeiras escolas foram as de Kiel (1916) e Dresden (1918), relatadas por Sanchez (1984). Dessa forma, seu surgimento deu-se de forma empírica e sem nenhum cunho científico. (REBELATO e BOTOMÈ, 1999)

As principais preocupações na antiguidade eram com as pessoas que apresentavam diferenças incômodas. Na Idade Média, houve um declínio da atuação

da área de saúde, pois o corpo humano, em decorrência da influência religiosa, passou a ser algo inferior. No Renascimento, volta a preocupação com o corpo saudável, mas foi a industrialização que trouxe toda a necessidade da manutenção da saúde, visto que o processo de trabalho exaustivo levava a vários danos à saúde do trabalhador, surgindo novos métodos para novas práticas que levassem à melhora da função e da saúde no trabalho. A Segunda Guerra Mundial trouxe a problemática dos mutilados e de sua reinserção social, tornando necessária a participação da fisioterapia na chamada “área da saúde”. Outro fato importante foram as epidemias de poliomielite, onde a primeira ocorreu nos Estados Unidos no ano de 1916, provocando a morte de aproximadamente 6.000 pessoas e deixando vários sequelados. Nesse período, também surgiram as escolas de cinesioterapia⁷, para tratar ou reabilitar lesados ou mutilados da guerra, ou seja, todos aqueles que por meio da guerra perderam sua capacidade funcional⁸, precisando, desta forma, ser reinseridos no campo de trabalho (REBELATO; BOTOMÉ, 1999; BARROS, 2008).

A Segunda Guerra Mundial trouxe transformações do mundo social, possibilitando o surgimento de um novo campo de práticas e saberes, que posicionou alguns agentes dentro do campo, dando-lhes autonomia e levando à nova divisão de tarefas, em que cada indivíduo passou a exercer sua “função” dentro desse campo, trazendo a noção do “funcionalismo” americano que sugere interesse dentro do campo (BOURDIEU, 1983). O interesse em produzir suas ações exercendo sua função leva à busca de novos conhecimentos e novas especializações que agregam valor ao campo empírico.

No Brasil, antes mesmo da profissão de fisioterapeuta surgir e ser reconhecida oficialmente como profissão de saúde, o uso de técnicas fisioterapêuticas era realizadas por médicos e auxiliares que estavam à frente do tratamento da demanda que existia e, como na maioria das profissões, primeiramente houve a necessidade, para depois surgir a profissão.

No início, o tratamento era baseado no emprego de recursos físicos na saúde. Em 1919, foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica da Faculdade de

⁷ Cinesioterapia: A Cinesioterapia é o uso do movimento ou exercício como forma de terapia. (GUIMARÃES; CRUZ, 2003, p.1)

⁸ Capacidade Funcional: Na prática se trabalha o conceito capacidade/incapacidade, onde a incapacidade funcional se define pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. (ROSA *et al*, 2003, p. 3).

Medicina da USP com objetivo de atender aos altos índices de sequelados da poliomielite e de acidentes de trabalho. Com isso, a profissão nasceu com caráter puramente reabilitador, sem ter espaço para os aspectos preventivos (VIEIRA, 2012).

Para o mesmo autor, no cenário da Paraíba, o surgimento aconteceu no início do século XIX com a necessidade do uso de meios físicos, como águas nos indivíduos acometidos pela cólera, nas duas grandes epidemias do Estado. A água fora prescrita no intuito de minimizar a sintomatologia da doença. Os doentes eram encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia que foi onde primeiro se empregou as atividades relacionadas à fisioterapia. A partir do ano de 1930, a mesma instituição deu início ao emprego de outras terapias como os banhos de luz e as vaporizações. Ainda dentro de um contexto onde não havia o ensino superior em fisioterapia e onde a mesma era prescrita por médicos e realizadas por atendentes, surgiu, no período compreendido entre 1952 a 1962, o Instituto de aposentadorias e pensões, para realização de tratamento físicos com emprego de ondas curtas, raios violetas e infravermelho.

Ainda para o mesmo autor, houve o surgimento dos ambulatórios e hospitais que possibilitavam o atendimento fisioterapêutico à população. O quadro 1 mostra esse surgimento em instituições públicas e o objetivo pelo qual eles foram criados.

Quadro 1: Primeiras instituições públicas com serviço de fisioterapia na Paraíba.

ANO DE SURGIMENTO	INSTITUIÇÃO	OBJETIVO
1930	Santa Casa de Misericórdia da Paraíba	Atender os acidentados de trabalho-Atendimento Hospitalar
1952 a 1962	Serviço Médico de Aposentadoria e Pensão do Comércio	Atendimento Ambulatorial
1957	APAE (Associação dos pais e amigos dos excepcionais de João Pessoa)	Atendimento às pessoas com deficiência
1977	PESTALOZZI	Atendimento a pessoas com deficiência intelectual, autista, síndrome de Down
1980	IPEP (Instituto de previdência do estado da Paraíba)	Atendimento Fisioterapêutico realizado por auxiliares com orientação e prescrição médica.
1989	FUNAD (Fundação centro integrado de apoio ao portador de deficiência)	Atendimento às pessoas portadoras de deficiência
1989	Centro de Reabilitação profissional do instituto nacional de previdência social (INPS)	Reinserir o trabalhador no mercado de trabalho, surgiu para somar ao trabalho da FUNAD

Fonte: Adaptado de Vieira, 2012.

As primeiras três instituições surgiram mesmo antes da regulamentação da profissão. Essas instituições, ligadas ao cuidar, nasceram com finalidade puramente reabilitadora, o que confere à profissão esse olhar até os dias atuais.

Foi a partir de 1969 com o Decreto-lei 938 que a profissão foi regulamentada. Deu início, então, a elaboração de Leis, Decretos e Emendas que conferissem a legalidade do profissional. O surgimento destas Leis, Decretos e Emendas regularizam a profissão e confere aos fisioterapeutas direitos e deveres profissionais. O quadro 2 mostra, em ordem cronológica, as principais Leis, Emendas e Decretos na fisioterapia⁹.

Quadro 2: Principais Leis, Emendas e Decretos que regem a profissão de fisioterapeuta.

LEI 938 DE 13 DE OUTUBRO DE 1969	Provê sobre a profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências
LEI 6.316, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1975	Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências
DECRETO Nº 90.640, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1984	Inclui categoria funcional de Fisioterapeuta no grupo de Outras atividades de nível superior da Lei 5.645/70
LEI 8.856 DE 1º DE MARÇO DE 1994	Fixa a jornada de trabalho de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais
LEI 9.098 DE 19 DE SETEMBRO DE 1995	Revoga disposições que menciona, relativas a recurso à instância ministerial
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 34 DE 13 DE DEZEMBRO DE 2001	Dá nova redação à alínea c do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal.
LEI 10.424 DE 15 DE ABRIL DE 2002	Acrescenta capítulo a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde

Fonte: COFFITO, 2013.

As Leis, Emendas e Resoluções vieram como contributos para o crescimento da profissão e para a tomada de espaço, através da inserção no campo, redefinindo e orientando o profissional em suas atividades.

⁹ Leis, Emendas, Decretos e resoluções da Fisioterapia podem ser consultadas em sua íntegra através do site: www.coffito.gov.br.

Em sua definição inicial, o fisioterapeuta é um auxiliar médico, que deveria ter suas ações orientadas e supervisionadas pelo médico (REBELATO; BOTOMÉ, 1999). O fisioterapeuta teria que compor a equipe de saúde, porém estaria incapacitado e proibido de diagnosticar a doença, mantendo-se submisso à prescrição médica e, tendo como função única, a realização do que foi prescrito. Os fisioterapeutas surgiram como meros tecnicistas, numa visão limitada, baseada meramente no aspecto curativo da doença, sem ter uma visão holística da pessoa e todo processo que o envolve, além de ter suas práticas condicionadas à prescrição de outrem.

Atualmente, Tellini (1993) define a Fisioterapia como uma ciência aplicada que estuda o movimento em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas como nas repercussões psíquicas e orgânicas, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integralidade dos órgãos e sistemas. Utilizam-se, no processo terapêutico, conhecimentos e recursos próprios que, baseados em condições psico-físico-sociais do indivíduo, buscam promover, aperfeiçoar ou adaptar a qualidade de vida do mesmo. O COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) define o fisioterapeuta como:

Profissional de saúde, com formação superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição de condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente, bem como o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço (COFFITO, 2013).

A definição atual e a construção da categoria como profissão adveio da criação dos conselhos de classe (federal e regionais) que garantiram os direitos e deveres do fisioterapeuta dando início a uma nova fase da profissão com suas representações. Os órgãos de classe são importantes à medida que sua representação garante autonomia, legitimam os atos profissionais e organizam a luta por melhorias da profissão. Como consequência, surgiu o conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com sua resolução 80/87, que consagra o caráter autônomo do fisioterapeuta, como profissional de nível superior e membro da equipe de saúde, com área privativa de atuação que envolve avaliação físico-funcional, prescrição fisioterapêutica, programação e uso dos recursos terapêuticos, bem como reavaliação e alta fisioterapêutica, podendo, inclusive, solicitar laudos técnicos e especializados.

A mesma Lei, em seu capítulo II¹⁰ deixa claro à subordinação da categoria em relação aos conselhos, permitindo o livre exercício para aqueles que estiverem devidamente inscrito e direitos regularizados, bem como todos deverão portar a carteira expedida pelos órgãos de classe.

Depois de nove anos, o Decreto nº 90.640, de 10 de dezembro de 1984, inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e torna patente outras providências. Esse artigo trouxe um novo momento para a fisioterapia, pois através dele o fisioterapeuta passa a ter como direito executar atividades de coordenação, supervisão, orientação, avaliação, planejamento, controle e execução em diversos graus de complexidade, e aqueles que estiverem dentro dessa área ficarão sujeitos à prestação mínima de 40 horas semanais de trabalho. Porém, em 1994, a Lei nº 8.856, de 1º de Março, reavalia a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e fixa em 30 horas semanais como carga horária máxima.

Para Bispo Júnior (2010), a fisioterapia tem ampliado seu campo de conhecimento nos últimos anos, com o surgimento de conhecimentos complementares, como a estética, o pilates, a RPG (reeducação postural global), a fisioterapia desportiva, dentre outros. Para o mesmo autor a ampliação ocorreu de forma significativa no nível terciário e mesmo com a ampliação das possibilidades de atuação do profissional, algumas áreas ainda predominam, como no caso dos distúrbios ortopédico-traumatológicos e neurológicos. Outra área com foco definido é o da reabilitação das doenças ocupacionais, porém diante do panorama atual de re-significação do papel do fisioterapeuta, surge o desafio de mudança social através do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia aproximando-o do campo da promoção e prevenção de doenças, enfatizando a importância da fisioterapia

¹⁰ Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975 (Capítulo II): Do Exercício Profissional.

Art. 12. O livre exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, em todo território nacional, somente é permitido ao portador de Carteira Profissional expedida por órgão competente. Parágrafo único. É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à fisioterapia ou terapia ocupacional, na forma estabelecida em Regulamento.

Art. 13. Para o exercício da profissão na administração pública direta e indireta, nos estabelecimentos hospitalares, nas clínicas, ambulatórios, creches, asilos ou exercício de cargo, função ou emprego de assessoramento, chefia ou direção será exigida como condição essencial, a apresentação da carteira profissional de Fisioterapeuta ou de Terapeuta Ocupacional. Parágrafo único. A inscrição em concurso público dependerá de prévia apresentação da Carteira Profissional ou certidão do Conselho Regional de que o profissional está no exercício de seus direitos.

Art. 14. O exercício simultâneo, temporário ou definitivo, da profissão em área de jurisdição de dois ou mais Conselhos Regionais submeterá o profissional de que trata esta Lei às exigências e formalidades estabelecidas pelo Conselho Federal.

coletiva, sem abandonar sua competência a nível de reabilitação. Este redimensionamento do objeto de intervenção e de sua práxis não pode se dar de maneira superficial, pois conduz a mudanças mais profundas, de natureza epistemológica na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta.

Apesar da origem da fisioterapia estar vinculada ao modelo biomédico, cartesiano, com visão reducionista, onde o corpo é comparado a uma máquina, e onde o profissional é centrado em na minimização do quadro e na reabilitação das partes lesadas, advindos do caos das grandes guerras mundiais e do processo de industrialização o fisioterapeuta vem numa vertente de abertura e desconstrução de um saber fragmentado e mecanizado (SILVA; SILVEIRA, 2011)

2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO: ENSINO E ÓRGÃOS DE CLASSE

2.3.1 O Ensino em Fisioterapia

A formação universitária é parte importante no processo de construção de identidade, pois nesse ambiente de formação contínua acontece o reconhecimento, o apoio ao indivíduo e a ajuda de seus pares na análise de suas práticas, proporcionando a aquisição de competências e de formação de redes. O “estar” dentro do um ambiente de formação contínua produz a formação de aprendizagens diversificadas e o contato com uma pluralidade de culturas que influenciam diretamente na construção das identidades profissionais. Esta formação acontece pela junção de três níveis: um cognitivo, onde se encontra o aprendizado de novos saberes; o social, onde são agregados os valores do grupo por meio das interações individuais; o profissional, onde é necessário transferir o adquirido em sua formação para dar uma orientação a sua trajetória. Nesse espaço, é construído um sujeito reflexivo, capaz de orientar suas ações (SELTZER, 2008).

Para Campos, Aguiar e Belisário (2008), o período de formação profissional é o ponto chave para o surgimento de um profissional voltado para as necessidades da população, visto ser neste período que ele adquire conhecimento e habilidades para executar suas práticas.

No Brasil, os primeiros cursos de fisioterapia surgiram em 1969 e a partir de então houve um crescimento significativo do número de cursos. A figura 6 mostra este crescimento e os anos referentes a eles.

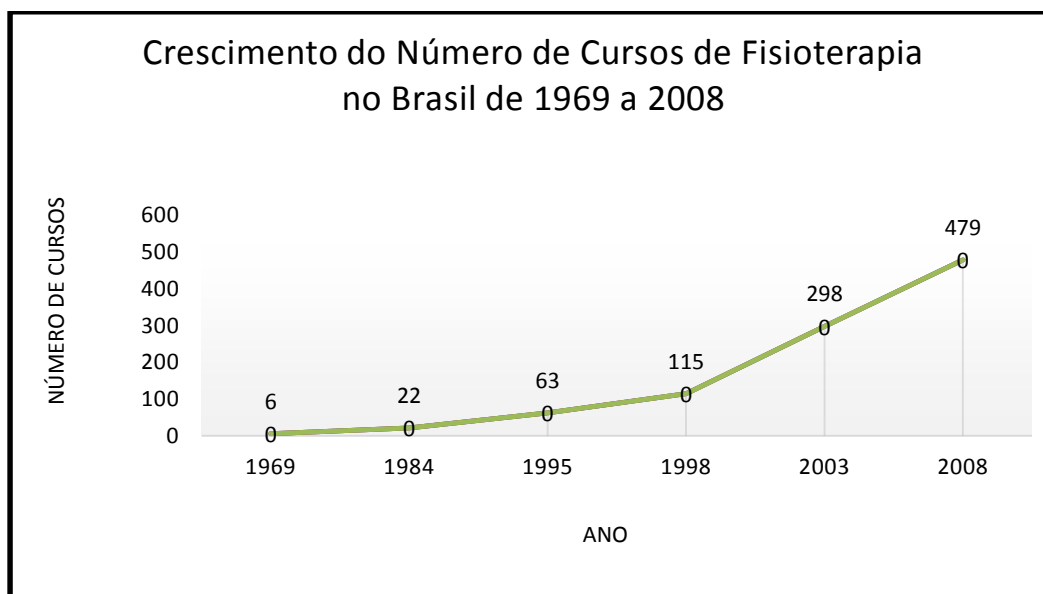


Figura 6: Surgimento e Crescimento dos Cursos de Fisioterapia no Brasil.

Fonte: Adaptado de Bispo Júnior, 2010.

Segundo dados do E-Mec (2014), atualmente existem 565 cursos de fisioterapia em atividade sob regime presencial, distribuídos no território nacional. O maior crescimento é verificado entre os anos de 1998 e 2003, porém temos do ano de 2008 para o ano de 2014, um acréscimo de 86 cursos de fisioterapia no Brasil. Esse crescimento pode estar relacionado às necessidades específicas para esse profissional dentro do mercado e pelo aumento da oferta de emprego; porém, não está tão claro ainda o que motivou o crescimento, se apenas a um aspecto mercantilista ou a um crescimento no número de sujeitos que necessitam dos profissionais. Se analisarmos pelo aspecto de que a grande maioria dos cursos é de instituições privadas, podemos sugerir que houve e há um interesse econômico por trás do aumento, o que nos leva a refletir sobre o que está sendo oferecido à população, ou seja, se o aspecto primordial está sendo o econômico ou o acadêmico.

Esse crescimento trouxe uma preocupação na área de educação. Na década de 1990, deu-se início a um processo de transformação educacional, pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior-LDB (Lei nº 9.394 de 1996). O Ministério da

Educação e Cultura (MEC) instituiu processo avaliativo dos cursos de graduação (CALDAS, 2006).

Segundo censo do ano de 2011, disponibilizado pelo INEP (2013), o Brasil possuía, nesse ano, 2365 Instituições de Ensino Superior, entre públicas e privadas, assim distribuídas: Públicas (102 universidades, 07 centros universitários, 135 faculdades e 40 Instituições federais (IF's) e centros federais de tecnologia (CEFET's)). Privadas (88 universidades, 124 centros universitários, 1869 faculdades). Quanto a localização, 152 (Norte), 235 (Centro-oeste), 432 (Nordeste), 1.150 (Sudeste) e 389 (Sul).

No cenário atual da Paraíba, são 11 cursos de fisioterapia, sendo dois públicos e nove privados. O primeiro deles foi o da Universidade Estadual da Paraíba localizada no município de Campina Grande criado em 1977; seguido do curso da Universidade Federal da Paraíba localizada em João Pessoa, com início de suas atividades em 04 de janeiro de 1980 para entrada de 20 candidatos. Vieira (2012) afirma que o mesmo era precário e sem condições de funcionamento, faltando o básico para dar aula, que eram ministradas por médicos e não por fisioterapeutas. Atualmente, a UFPB oferece 90 vagas com carga horária mínima de 4500 horas de curso e nota 4 no Exame Nacional de ensino (ENADE). O mesmo foi criado em 1980 pelo Resolução Nº 09 do CONSUNI e publicada em 04/01/1980, neste momento os professores eram vinculados ao Departamento de Promoção da Saúde e não houve preocupação com o norteamento das ações através da elaboração de um Projeto Político Pedagógico. Só em 1982 foi criado um Departamento com professores de educação física e fisioterapia, que foi chamado Departamento de Cultura Física e Reabilitação, já que o referido Departamento era destinado aos dois cursos (Fisioterapia e Educação Física).

Após oito anos, em 1990, houve o desmembramento deste Departamento e o curso de Educação física e Fisioterapia tiveram cada um seus Departamentos, Passando o de Fisioterapia a se chamar: Departamento de Fisioterapia. Inicialmente a carga horária do curso era de 4.215 horas, distribuídas em 259 créditos, conforme Resolução 22/93 do CONSEPE e da portaria 05/94 da Pró Reitoria de Graduação (PRG). Nesta portaria foram extintas as disciplinas de EPB I e EPB II. No ano de 2005 houve a necessidade de implantar um novo Projeto Político Pedagógico (PPP)¹¹, que

¹¹ Projeto Político Pedagógico: Acessar: http://escoladegestores.mec.gov.br/site/2-sala_projeto_vivencial/pdf/dimensoesconceituais.pdf

determinava um curso de duração mínima de 10 semestres letivos e de duração máxima de 15 semestres letivos, com carga horária total de 4.500 horas.

Em 1997, foi a vez do primeiro curso de fisioterapia em uma Instituição Privada, o Instituto Paraibano de Educação, hoje Centro Universitário¹² de João Pessoa (UNIPÊ), categorizada administrativamente como instituição privada sem fins lucrativos, que teve como data de funcionamento inicial 02 de fevereiro de 1998. Atualmente, oferece 240 vagas para o curso de fisioterapia, dividida em dois semestres, com carga horária mínima de 4035 horas e conceito 4 no ENADE. O curso de Fisioterapia do UNIPÊ foi reconhecido pela Portaria MEC nº 2.002, publicada no Diário Oficial da União de 12.09.2001.

Logo após, no ano de 2002, dois novos cursos foram iniciados: o da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (unidade João Pessoa), que teve o início de suas atividades em 10 de março de 2003, organizada administrativamente como privada com fins lucrativos, oferecendo 100 vagas em dois semestres, com carga horária mínima de 4060 horas de curso e conceito 2 no ENADE. Fundado através da Portaria nº 2.888 de 11 de outubro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 15 de outubro de 2002.

No mesmo ano foi criado o curso de fisioterapia da Faculdade Santa Maria, localizada no município de Cajazeiras; um ano após o surgimento das duas últimas, surgiu a Faculdade de Ciências médica em Campina Grande e o Instituto Paraibano de Ensino Renovada (INPER-ASPER) que teve o início de suas atividades em 18 de fevereiro de 2003, com fins lucrativos, oferecendo 100 vagas para o curso com carga horária mínima 4000 horas e conceito 3 no ENADE. Em 18 de fevereiro de 2010 foi a vez da Faculdade Maurício de Nassau se instituir e iniciar suas atividades em João Pessoa, oferecendo 240 vagas, com carga horária mínima de 4080 horas de curso e até o momento sem nota de ENADE; e por último a Faculdade Integrada de Patos e a Mauricio de Nassau de Campina Grande, ambas em 2010 (Sites dos cursos e e-MEC, 2013).

¹² A partir de 1997 o Decreto Lei nº 2.036 de agosto de 1997, regulamentou a organização acadêmica e criou os Centros Universitários que dispõe de autonomia para criar, organizar, extinguir cursos, ampliar vagas, etc. Antes isto era conferido apenas às Universidades (TOMASO; SILVA; POLONIATO, 2007).

O quadro 3 mostra a realidade atual da Paraíba em termos de cursos de graduação em fisioterapia, data de surgimento e carga horária atual., com destaque para as que fazem parte do cenário de João Pessoa/Paraíba/Brasil.

Quadro 3: Instituições de Ensino Superior de Fisioterapia na Paraíba, data de surgimento e carga horária atual dos cursos

INSTITUIÇÃO	ANO DE SURGIMENTO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Universidade Estadual da Paraíba-UEPB	1977	5.540 hora/aula
*Universidade Federal da Paraíba-UFPB	1980	4.500 hora/aula
*Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ	1997	4.035 hora/aula
*Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba- FCM-PB	2002	4.060 hora/aula
Faculdade Santa Maria- FSM	2002	4.500 hora/aula
Faculdade de Campina Grande –FAC-CG	2003	4.160 hora/aula
*Instituto Paraibano de Ensino Renovado - INPER- ASPER	2003	4.000 hora/aula
Faculdade Maurício de Nassau de Campina Grande – FMN-CG	2007	4.000 hora/aula
*Faculdade Maurício de Nassau de João Pessoa – FMN- João Pessoa	2007	4.080 hora/aula
Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM	2010	4.400 hora/aula
Faculdades Integradas de Patos- FIP	2010	4.620 hora/aula

Fonte: MEC e site das instituições de Ensino Superior, 2013.

* Cursos de Fisioterapia em João Pessoa

Buscando compreender melhor como vem sendo construída a formação do fisioterapeuta dentro da academia, tanto na teoria como na prática, bem como em sua construção cidadã, com direcionamentos para o social, partimos da necessidade de compreender as diretrizes curriculares dos cursos oferecidos em João Pessoa e entender o que se dá em torno de uma construção generalista da profissão, perpassando pelas especialidades e a necessidade de fazê-las dentro do contexto atual, visto fazer parte da construção da trajetória de uma profissão. O entendimento que se tem do fisioterapeuta generalista é de um profissional que “enxerga/trata” o indivíduo de forma holística com possibilidades de contemplar diversas doenças e atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, diferentemente daqueles que fazem uma especialização e procuram tornar-se “expert” em suas áreas de atuação, ficando

“limitado” ao cuidar numa área específica e deixando de lado o “enxergar” o indivíduo como um ser único e com necessidades que lhe são peculiares.

Buscamos essa análise através das estruturas curriculares e como as mesmas contribuem para o entendimento, visto ser no âmbito acadêmico onde inicia-se todo o processo de construção de uma identidade profissional, é neste local onde o sujeito se depara com uma pluralidade de disciplinas que irão nortear seu domínio profissional dentro de suas práticas. Outro ponto importante é como vem sendo construído esse domínio a partir das disciplinas ofertadas na academia ao longo do tempo, ou seja, quais modificações sofreram as estruturas curriculares desde o início de sua implantação até o momento atual, em relação à teoria e à prática, e como essas modificações influenciam no domínio profissional.

Pela ordem cronológica de surgimento em João Pessoa estão a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), o Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), a Faculdade de Ciências Médicas (FCM), a Associação Paraibana de Ensino Renovado (ASPER) e por último a Faculdade Maurício de Nassau.

A Estrutura curricular inicial da Universidade Federal da Paraíba –UFPB (Anexo 3) foi criada pela RESOLUÇÃO Nº 04/83 do CONSEPE, com ajuste pela Resolução 21/84 do mesmo conselho e apenas em 05 de novembro de 1985 a mesma foi reconhecida pela Portaria 872 do Ministério da Educação (MEC). Esta estrutura constava de uma integralização entre disciplinas do currículo mínimo, disciplinas complementares obrigatórias e disciplinas complementares optativas, a primeira com carga horária de 3.585 horas, a segunda com 300 horas e a terceira com 330 horas, respectivamente. (UFPB, 2013).

Atualmente a estrutura curricular da Universidade Federal da Paraíba (Anexo 4), conta com uma distribuição de disciplinas por eixos de formação, onde inicialmente se tem o eixo 1 (formação biológica) que consta de disciplinas que, em sua maioria, são comuns a todos os cursos da área de saúde. Este eixo é composto por 48 créditos, totalizando 720 horas/aula teóricas. O eixo 2 (formação social e humana) é composto por 13 créditos, totalizando 195 horas/aula. O eixo 3 (formação Instrumental pré-profissional) contém 43 créditos, totalizando 645 horas/aula. O mesmo contém disciplinas mistas (teoria e prática). O eixo 4 (formação profissional) é composto por 135 créditos com 2025 horas/aula. Além desses eixos existem os conteúdos obrigatórios e os optativos.

Os conteúdos Complementares Flexíveis foram definidos pela Resolução CCFT 01/08 e devem ser integralizados no currículo com um percentual de 5% da carga horária do curso. A integração dos acadêmicos com os campos de trabalho nos dois primeiros anos da formação dar-se-á por meio de estágios de observação e análise, realizados em locais onde haja a prática fisioterapêutica. A partir do terceiro são desenvolvidas atividades práticas de intervenção sob supervisão direta e contínua dos professores do curso. O trabalho de conclusão de curso (TCC) deve ser desenvolvido nos dois últimos períodos letivos (9º e 10º), sob a orientação de um docente do Curso de Fisioterapia, perfazendo uma carga horária total de 30 horas distribuídas em TCC I (15 horas) e TCC II (15 horas). Este trabalho deve, obrigatoriamente, ter defesa pública e ser aprovado por uma banca examinadora designada para este fim. As normas complementares do TCC são definidas em Resolução específica do Colegiado do Curso de Fisioterapia. (UFPB, 2013)

O Estágio Supervisionado tem duração de 900 horas, subdivididas, para efeito de integralização curricular, em quatro componentes:

- 1) Estágio I, com área de concentração em gerontologia, com 75 horas de duração.
- 2) Estágio II, com área de concentração em saúde coletiva, tem 135 horas de duração.
- 3) Estágios III e IV, treinamento em serviços de fisioterapia em nível de enfermarias (230 horas), ambulatorios (150 horas), Unidades de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e neonatal (150 horas). O Estágio Regional Inter-profissional – ERIP (160 horas) é oferecido em atendimento ao que preveem as resoluções 284/79 do CONSUNI e 09/79 do CONSEPE, e tem sua carga horária inserida no Estágio IV. (UFPB, 2013).

A estrutura curricular inicial do curso de fisioterapia do UNIPÊ (Anexo 5) contemplava disciplinas teóricas e práticas, distribuídas em 8 (oito) períodos do curso. A Estrutura atual mostra uma estrutura curricular diferenciada da inicial, especificamente por contemplar uma diversidade de componentes curriculares que agregam uma positividade na formação profissional do fisioterapeuta. Esta nova matriz foi aprovada pela resolução CONSEPE nº 17L/20.11.2012 e entrou em vigência no período 2013.1 (UNIPÊ, 2013)

A estrutura curricular atual do UNIPÊ (Anexo 6), consta de 2720 horas de componentes curriculares presenciais, 220 de semipresenciais, 800 de estágio supervisionado, 100 de atividades complementares, 80 de trabalho de conclusão de curso e 80 de eletivas, totalizando 4000 horas/aula e ainda 60 de Língua Brasileira de Sinais como optativa.

A estrutura curricular inicial da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (unidade João Pessoa), compunha de aspectos teóricos e práticos distribuídos em nove semestres. No quinto período, dava início a vivência no campo prático (Anexo 7). Atualmente a Estrutura Curricular do curso de fisioterapia desta Instituição (Anexo 8), traz em sua base disciplinas que são comuns aos cursos da área de saúde e não foi observada mudança significativa entre as estruturas iniciais e atuais.

A estrutura curricular inicial da Associação de Ensino Renovado (ASPER) é dividida por séries (Anexo 9). Sua composição estava embasada em disciplinas teóricas distribuídas em 8 (oito) séries, onde cada uma compõe um semestre letivo e se distribuem conforme carga horária total. A primeira e a segunda séries (500 horas semestrais cada); a terceira e a quarta (480 horas semestrais cada); a quinta e a sexta-feira (440 horas semestrais cada); e a sétima e oitava (400 horas semestrais cada), totalizando uma carga horária de 3.640 horas do curso. Neste currículo foi dado maior importância as disciplinas básicas, pois observamos uma diminuição da carga horária ao longo das séries. Os últimos períodos de formação devem proporcionar uma aproximação maior com a profissão e com sua realidade, através da prática nos diferenciados cenários de atuação, por isso há uma necessidade de carga horária compatível com este momento.

Em sua estrutura curricular atual o curso de fisioterapia da Faculdade ASPER continua com sua apresentação em séries (Anexo 10). Na primeira série estão as disciplinas básicas que fornecem estrutura para as posteriores (profissionais). A primeira série consta de 430 horas; a segunda série com 540 horas; a terceira série com 570 horas; a quarta e a quinta séries com 532 horas; a sexta série com 624 horas; a sétima série com 648 horas e, por último, a oitava série com 628 horas, totalizando 4.504 horas de curso.

A última estrutura curricular a ser analisada foi a da Faculdade Maurício de Nassau (unidade João Pessoa). A estrutura curricular inicial conta com 2.090 de teoria; 830 de prática assistida; 80 horas de trabalho de conclusão de curso (TCC);

800 horas de estágio supervisionado e 200 horas de atividades complementares (livre), totalizando 4000 horas de curso (Anexo 11).

Diante das duas estruturas curriculares da Faculdade Maurício de Nassau (unidade João Pessoa), percebemos que pouco foi modificado na atual estrutura curricular (Anexo 12), haja vista o tempo de início do curso. Houve uma permuta entre as disciplinas oferecidas e os períodos, sem alteração da carga horária total, apenas com um decréscimo de 10 horas na teoria e um acréscimo de 10 horas na prática e a introdução da disciplina bioestatística.

Todas as estruturas curriculares apresentadas mostram uma divisão da teoria e da prática com as disciplinas dispostas de forma crescente através de um embasamento teórico concedido pelas disciplinas básicas para posterior vivência com as práticas e logo após com os estágios que nos currículos atuais se diversificam em áreas diferenciadas (hospital, PSF, Clínicas Escola e Instituições de Longa Permanência) possibilitando uma maior abertura para o campo. A formação de F15 passou por estas etapas,

Eu entrei na universidade federal daqui da Paraíba e as primeiras disciplinas são básicas para a área de saúde, a partir do 3º ou 4º período a gente começa a ter contato com a fisioterapia e a partir do 5º a gente começa a ter contato com o paciente e abrange toda a área de reumato, cardiologia, neuro e todas que são da medicina e da saúde até chegar no 9º e 10º período que a gente vai para o estágio. (F15)

Para Silva; Silveira (2011), as matrizes curriculares atuais são rígidas e pré-determinadas, com possibilidades de inter-relações apenas entre o que é proposto pela estrutura curricular, sem flexibilidade alguma.

É fato que o “inflexível” é sempre prejudicial, principalmente quando envolve construção de saberes, porém, também é fato, que algo vem mudando na oferta das disciplinas contempladas nas estruturas curriculares atuais e nos discursos daqueles que as vivenciam que trazem uma contextualização do cotidiano para a vivência acadêmica, possibilitando uma maior reflexão das práticas agregadas ao convívio social na saúde. A primeira fala corresponde a F7 (18 anos de profissão e formação em universidade pública)

[.....] No período que eu fiz o curso, algumas coisas ficaram deixando a desejar. O início do curso foi bom, mas [.....]...no decorrer do curso teve alguns atropelos de algumas disciplinas que, é....tinha teoria, mas

a prática não era boa, no caso de neurologia adulto que a gente quase não teve aula prática e assim o curso, na verdade, é foi médio, né? Não foi assim um dos melhores, mas deu para aprender algumas coisas e ver que realmente depois que a gente se forma é que a gente vai ter que buscar a melhoria profissional, porque durante o curso é...muito, é muito ilusório, não prepara você para o mercado de trabalho (F7)

Em contraposição, a academia para F10 (1 ano e 8 meses de formada e, Instituição Privada).

Eu acho que sim, a universidade promoveu a parte de conteúdo e a parte prática mesmo muito, o que eu acho que ficou deficitário foi em relação a realidade profissional, essa parte de você trabalhar no setor público e não ter os equipamentos que você precisa. O que falta na universidade é preparar pra ser esse profissional criativo e saber “vender” a sua profissão, o seu serviço (F10)

Segundo Campos, Aguiar e Belisário (2008), as matrizes curriculares tentam diversificar as disciplinas oferecidas no sentido de viabilizar um profissional com habilidades e competências inerentes ao seu papel, porém apesar dessa diversificação há uma forte influência do modelo Flexneriano¹³, dada pela fragmentação do processo de aprendizagem em ciclos de ensino.

Esse modelo, apesar de importante para o entendimento na área de saúde, principalmente pelas conquistas inegáveis na cura e na prevenção das doenças, se não está agregado a outros entendimentos holísticos, que viabilizem a compreensão das singularidades e particularidades de cada pessoa, trará benefícios limitados ao indivíduo. Porém, para Bispo Júnior (2010), atualmente a fisioterapia reabilitadora,

¹³ Flexneriano: Termo utilizado para descrever o documento redigido por um educador americano (Abraham Flexner) que normatizou o ensino médico baseado no método científico. O documento se chamou “Relatório Flexner” disponível em sua íntegra em: www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf, que segundo Campos; Aguiar; Belisário (2008), apresentou como principais propostas:

- Definição de padrões de entrada e ampliação para quatro anos, da duração dos cursos;
- Introdução do ensino laboratorial;
- Estímulo à docência em tempo integral;
- Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- Vinculação das escolas médicas às universidades; ~
- Ênfase na pesquisa biológica;
- Vinculação da pesquisa ao ensino;
- Estímulo à especialização médica;
- Controle do exercício profissional pela profissão organizada.

baseada nos princípios Flexnerianos, está sendo aos poucos substituída pelos princípios da promoção e prevenção à saúde. Essa implementação deve incluir e valorizar a saúde coletiva, o SUS e as ciências sociais.

O que deve ser buscado é uma forma, dentro do contexto atual, que vise ao egresso o aprimoramento de suas competências e habilidades, construídas dentro do campo acadêmico, levando-o a atuar de forma diferenciada em seus campos profissionais, através da humanização, reflexão e da tomada de decisões nos diversos campos de saberes.

Para que as competências e habilidades sejam desenvolvidas, as matrizes curriculares devem contemplar aspectos relacionados à doença e a todo o contexto que envolve o ser humano, como a família, a comunidade e a realidade local, numa perspectiva de interação de todos estes conceitos para uma voltada ao cuidar em fisioterapia. Essa construção no âmbito acadêmico é iniciada com tais grupos de disciplinas: as biológicas e da saúde; as das ciências sociais e humanas; conhecimentos biotecnológicos e conhecimentos fisioterapêuticos, além das atividades complementares, dos estágios, monitorias, atividades de pesquisa e extensão. Porém, apesar de todo processo de transformação, ainda é o modelo verticalizado de ensino-aprendizagem que prevalece na maioria das escolas, onde ainda há um distanciamento entre os sujeitos que fazem parte deste processo (discentes e docentes), o que possibilita uma fragilidade na construção do saber. (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2006).

O aprendizado parte de uma construção de conhecimento onde não apenas o “estar” em curso superior é o suficiente para o conhecimento. O conhecimento é realizado de forma contínua pela busca de elementos que venham a complementá-lo e a agregar valores. Durante a graduação alguns cursos oferecem oportunidades ao discente de participar de forma ativa de projetos de extensão, projetos de pesquisa, monitorias, dentre outros. Alguns destes projetos são realizações “extramuros” da universidade, o que vem a acrescentar um valor adicional ao fato de proporcionar ao discente uma aproximação da realidade social e iniciar um conhecimento mais aprofundado de sua prática, dentro de uma comunidade, vivenciando problemas e buscando soluções. Em Oliveira (2011),

A educação, neste novo contexto social e do trabalho, assume as responsabilidades e papéis, que vão além da transmissão e construção de conhecimentos teóricos e práticos, perfazendo uma

responsabilidade maior na construção e no desenvolvimento de identidades, desde a educação básica a educação superior, além do desenvolvimento de uma consciência crítica e emancipatória do trabalhador. (OLIVEIRA, 2011, p.346).

Ponte (1998) diz haver contrates entre a formação e o desenvolvimento profissional. Para ele, formação e “frequentar” as aulas estão associados, enquanto desenvolvimento profissional é tudo que se realiza além da presença em sala de aula em busca de maior conhecimento. Daí a importância da figura do professor que não apenas se preocupa em transmitir conhecimentos científicos, mas que favorece um diálogo de proximidade com o discente, participando de forma ativa da construção do seu saber intelectual e social.

Nessa configuração, a transmissão de conhecimento não deve ser atrelada apenas à configuração do professor, num patamar superior e o aluno num inferior, dificultando a troca de saberes e prejudicando a essência da formação de uma pessoa que deve ser vista não apenas como um mero receptor de conhecimentos, mas que faz parte do processo de construção da aprendizagem, participando de forma ativa e reflexiva.

É dentro desse processo de formação que deve ser instituído um modelo de atuação que permita o entendimento da interdisciplinaridade, para que o egresso esteja preparado ao diálogo que se faz necessário na construção de suas ações em saúde junto com a equipe, com o objetivo de dar norteamento às ações produzidas nesse espaço em benefício daqueles que delas necessitam. Dessa forma, os discursos dos membros da equipe devem ser congruentes e harmônicos, desde o campo acadêmico até o campo profissional, a partir da compreensão de como ocorre o cenário de práticas assistências que contemplem as necessidades do usuário, não apenas na visão de sua doença, mas no entorno de todo o seu contexto, possibilitando uma melhor qualidade de vida (NEVES; ACIOLE, 2011).

Os mesmos autores relatam que, até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação. Foi a partir dessa década que a Fisioterapia passa a incorporar a promoção e a prevenção da saúde da população como área de atuação. Desde então, os cursos de Fisioterapia têm incorporado a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares, buscando a agregação de um novo modelo de prática profissional. A figura 7 mostra as dimensões

técnicas da fisioterapia dentro do modelo hegemônico e contra-hegemônico proposto por Almeida e Guimarães (2009, p 86).

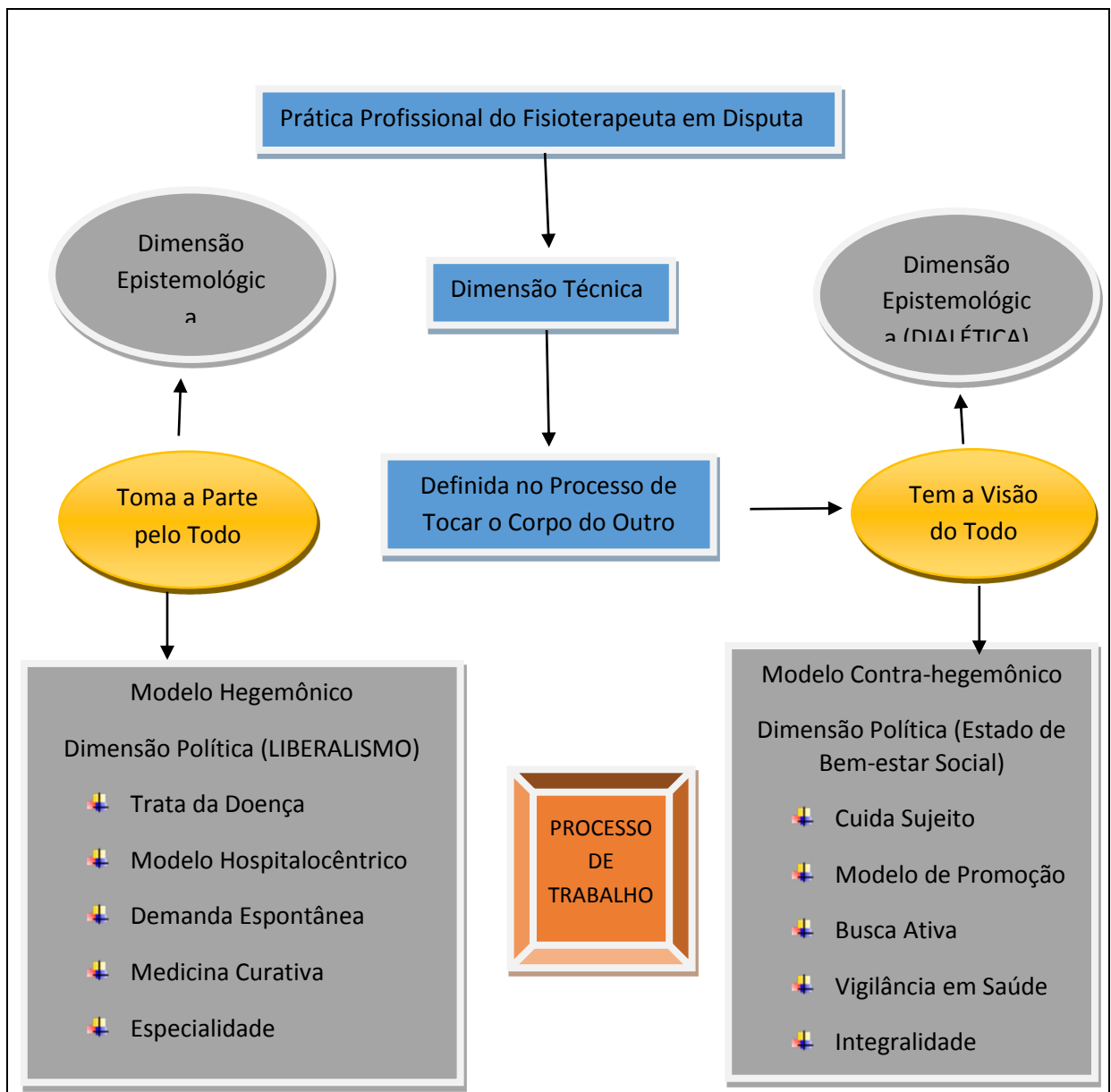


Figura 7: Modelos de Atuação Profissional do Fisioterapeuta: Hegemônico e Contra-hegemônico.

Fonte: ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009

Nos dias atuais, existe uma luta para a concretização do modelo contra-hegemônico na saúde, através de um “novo” olhar dos sujeitos, que fazem o campo, possibilitando uma visão global do doente e valorizando suas diferenças. Os profissionais, que buscam o entendimento acima, saem do modelo hegemônico, voltado a cuidar da parte e não do todo, e ampliam sua visão de cuidado, diferenciando-se dos demais e promovendo saúde do individual ao coletivo. Isso

também se faz presente pela construção acadêmica, valorizando a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que favorece a troca de saberes, levando a um ganho coletivo, em que profissionais e usuários saem beneficiados. Para Machado,

É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. (MACHADO *et al* 2007, p.337).

Nesse entendimento, o diálogo é fundamental para o desenvolvimento de uma intercomunicação que viabilize a construção de um cuidar baseado na complexidade individual. Na produção de um saber contra-hegemônico, estaria aquele profissional “generalista”, com domínios de vários campos e com olhar diferenciado, que se faz presente na tomada de decisões; porém, na contramão da saúde, estariam os “especialistas”, com olhar voltado para a parte. Em suma, a tomada de decisões só aparece quando o problema está atrelado ao seu conhecimento específico, limitando a resolução de problemas mais complexos que estejam fora do domínio do especialista.

Porém, o fato é que o egresso, em fisioterapia, sai sentindo a necessidade de construir uma especialidade para adentrar no campo de trabalho (configurado pelas entrevistas) e, diante de tal fato, diversas especialidade vem surgindo na fisioterapia. Atualmente, existem tanto aquelas que são inerentes à profissão, como as especializações em cinesioterapia, quanto as que são comuns a todos os profissionais da saúde, como as em saúde pública, em acupuntura, entre outras, caracterizando o aspecto multidisciplinar. Apesar da diversidade de especializações, existe ainda uma precariedade no incremento da profissão como ciência, através dos cursos *stricto sensu*, principalmente na Paraíba, que venha promover a pesquisa, respaldando a profissão.

Algumas associações, que ministram os cursos de especializações, oferecem a possibilidade de realizá-la no último ano do curso. Porém, o que tem que ser observado é se os cursos oferecidos são reconhecidos pelos órgãos competentes. No caso da fisioterapia, o reconhecimento é proporcionado através do Conselho Federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional (COFFITO). O quadro 4 mostra as especialidades e as respectivas resoluções que as regulam.

Quadro 4: Relação das especializações reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)

ESPECIALIDADE	RESOLUÇÃO
ACUPUNTURA	Resolução 393/2011- Disciplina a especialidade profissional do Fisioterapeuta em Acupuntura/MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e dá outras providências. ¹⁴
DERMATO-FUNCIONAL	Resolução 395/2011- Disciplina a especialidade profissional de fisioterapia dermatofuncional e dá outras providências. ¹⁵
ESPORTIVA	Resolução 395/2011- Disciplina a especialidade profissional de fisioterapia Esportiva e dá outras providências. ¹⁶
NEUROFUNCIONAL	Resolução 396/2011- Disciplina a especialidade profissional de fisioterapia neurofuncional e dá outras providências. ¹⁷
ONCOLÓGICA	Resolução 397/2011- Disciplina a especialidade profissional de fisioterapia oncológica e dá outras providências e dá outras providências. ¹⁸
OSTEOPATIA	Resolução 398/2011- Disciplina a especialidade profissional de fisioterapia em osteopatia e dá outras providências e dá outras providências. ¹⁹
QUIROPRAXIA	Resolução 399/2011- Disciplina a especialidade profissional de fisioterapia em quiropraxia e dá outras providências. ²⁰
RESPIRATÓRIA	Resolução 400/2011- Disciplina a especialidade profissional em fisioterapia respiratória e dá outras providências. ²¹
SAÚDE DA MULHER	Resolução 401/2011- Disciplina a especialidade profissional em fisioterapia em saúde da mulher e dá outras providências. ²²
TERAPIA INTENSIVA	Resolução 402/2011- Disciplina a especialidade profissional em fisioterapia em terapia intensiva e dá outras providências. ²³

¹⁴ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2123&psecao=9

¹⁵ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2124&psecao=9

¹⁶ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2125&psecao=9

¹⁷ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2126&psecao=9

¹⁸ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2127&psecao=9

¹⁹ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2128&psecao=9

²⁰ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2129&psecao=9

²¹ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2130&psecao=9

²² Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2131&psecao=9

²³ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2132&psecao=9

FISIOTERAPIA NO TRABALHO	Resolução 403/2011- Disciplina a especialidade profissional em fisioterapia do trabalho e dá outras providências. ²⁴
TRAUMATO – ORTOPÉDICA	Resolução 404/2011- Disciplina a especialidade profissional em fisioterapia traumato ortopédica e dá outras providências. ²⁵

Fonte: COFFITO, 2013

As especialidades surgiram da necessidade de atuação profissional nos campos de trabalho. Dentre as quais, apenas a acupuntura promoveu discussão a respeito da capacidade da fisioterapia em utilizá-la como recurso fisioterapêutico. Atuando de maneira específica ou mesmo de forma generalista, a fisioterapia tem áreas de conhecimento delimitadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Para o COFFITO (2013), o fisioterapeuta pode atuar nas seguintes áreas de conhecimento:

Fisioterapia Clínica: Prestar assistência fisioterapêutica em diversos setores (hospitais, ambulatórios, centros de reabilitação bio-psico-social etc). Elaborar diagnóstico cinético funcional, avaliar projetos fisioterapêuticos, dar alta, dentre outros

Saúde Coletiva: Assistência Fisioterapêutica coletiva na atenção primária participando de: programas institucionais, fisioterapia do trabalho, vigilância sanitária, entre outros.

Educação: Dirigir, coordenar cursos de graduação em fisioterapia, lecionar disciplinas básicas e profissionalizantes, integrar grupos de pesquisa, etc.

Outros: Desenvolver equipamentos de interesse da fisioterapia, elaborar material para manuseio, atuar nos esportes, entre outros

Para executar suas atividades em uma dessas áreas ou em várias delas, a fisioterapia continua tendo, como objeto de atuação, o movimento humano atrelado à sua funcionalidade. Porém, essa atuação deve ser entendida não apenas no indivíduo portador de algum tipo de sequela, mas também visando atender às necessidades daqueles que se encontram em período intercrítico da doença ou mesmo em sua sintomatologia. Pode-se tratar de forma individual ou coletiva, para a manutenção da execução de suas atividades da vida diária (AVD's), intervindo de forma direta em seus hábitos e condições e promovendo uma melhor qualidade de vida desta clientela.

²⁴ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2133&psecao=9

²⁵ Resolução 393/2011: Pode ser visualizada na íntegra pelo endereço: www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2134&psecao=9

Esse “novo olhar” da fisioterapia, em relação ao processo saúde-doença, a distancia um pouco do modelo biologicista-curativo, valorizando o social e aproximando-se da saúde-coletiva, o que lhe trará novas possibilidades de reflexão sobre seu papel como agente de saúde, a partir desse novo quadro epidemiológico, redefinindo epistemologicamente seu campo científico e se comprometendo seja com a fundamentação de sua ciência, seja com o compromisso com o social (BISPO JÚNIOR, 2010)

2.3.2 Os Órgãos de Classe na Profissão de Fisioterapeuta

A trajetória profissional de um sujeito é construída também pelas entidades que normatizam e legitimam a profissão. Na fisioterapia, a organização da profissão constitui-se com o surgimento dos denominados conselhos de classe, associações e cooperativas. Atualmente, existem 01 conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional e 13 conselhos regionais, onde cada conselho tem sua autonomia garantida, respaldada pelas leis que conferem direitos e deveres. A Lei 6.316 de 17 de dezembro de 1975 criou o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais (CREFITOS), definidas no Decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, descentralizando o poder de gerenciamento. Os CREFITOS, então foram divididos conforme regiões do país. Os primeiros a surgirem foram os CREFITOS 1, 2 e 3 em 1978; em 1985 os CREFITOS 4 e 5; em 1988 o 6 e o 7; em 1991 o 8; em 1994 o 9; em 2003 o 10; em 2004 o 11 e o 12 e em 2011, o 13. A Paraíba faz parte do CREFITO 1 ou da 1ª região junto com os estados de Pernambuco, Alagoas e Rio Grande do Norte. Até 25 de abril de 2013 havia 176.176 fisioterapeutas inscritos no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). O CREFITO 1 é dividido em uma sede localizada no Recife e quatro delegacias, localizadas em Caruaru-PE, em Macéio-AL, em João Pessoa-PB e em Natal-RN, estando as delegacias subordinadas à sede. (COFFITO, 2013)

Na Paraíba os dados mostram que até 22 de janeiro de 2014, havia 10.981 fisioterapeutas inscritos no CREFITO 1. A figura 8 mostra o número de fisioterapeutas na Paraíba e no município de João Pessoa na última década.

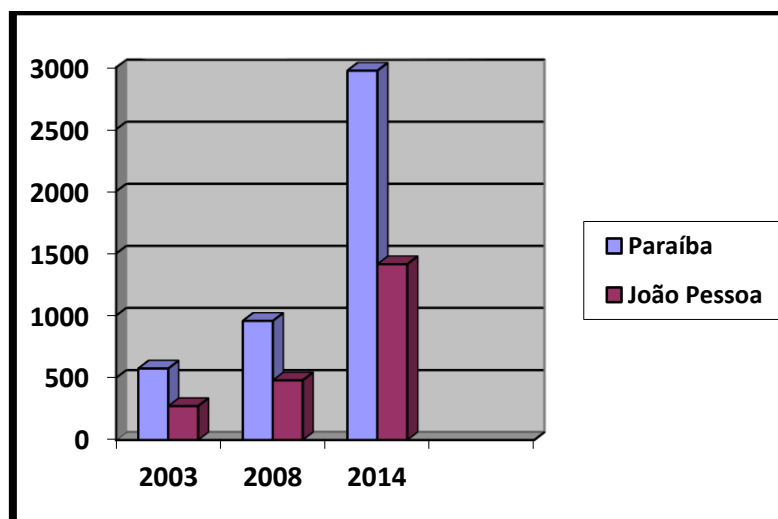


Figura 8: Número de fisioterapeutas na Paraíba e no município de João Pessoa nas duas últimas décadas

Fonte: CREFITO 1, 2014

Em 2003, a Paraíba contava com 575 fisioterapeutas, desses 273 pertenciam ao município de João Pessoa; em 2008 foram 978 fisioterapeutas na Paraíba e 480 em João Pessoa. Até 22 de janeiro de 2014 são 10.981 profissionais de fisioterapia em todo CREFITO 1, sendo 2.241 do gênero masculino, 8191 do gênero feminino e 152 sem cadastro de gênero. Destes 2.974 na Paraíba, sendo 1.415 deste quantitativo pertencentes a João Pessoa. Vale ressaltar que, apesar do terapeuta ocupacional fazer parte do mesmo conselho, os dados conferem apenas aos profissionais da fisioterapia. (CREFITO 1, 2014)

O Conselho Federal (COFFITO) e os Conselhos Regionais (CREFITOS) são compartilhados pela Fisioterapia e pela Terapia Ocupacional, onde os Fisioterapeutas estão em maior número e por isso a presidência dos mesmos sempre estão nas mãos de um Fisioterapeuta e não de um Terapeuta Ocupacional, já que os mesmos são eleitos quantitativamente por votos (CARVALHO, 2012).

Em relação a estrutura sindical a fisioterapia tem sua organização através da Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO), em nível Federal e pelo Sindicato de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (SINFITO), sendo este em âmbito estatal. Além destes existem as associações profissionais que apenas influenciam na tomada de decisões da categoria referente ao mercado de trabalho, funcionando como um "grupo de pressão", sem interferir nas tomadas de decisão dos sindicatos (CALDAS, 2006). A configuração sindical da fisioterapia no País se dá da seguinte forma: SINFITO-AM, SINDIFISIO-RS, SINFISIO-GO, SINFITO-PR, SINFITO-BA,

SINFITO-CE, SINFITO-DF, SINFITO-SP, SINFITO-RJ, SIMAFISIO-MA, SINFISIO-PB, SINFISIO-PE, SINFITO-RN. (COFFITO, 2013)

Segundo dados do Ministério de Trabalho e Emprego (MTE) 2013, o SINFITO-AM; o SIMAFISIO-MA e o SINFITO-RN estão em processo de registro junto a este órgão. Na Paraíba a primeira a surgir foi a Associação de Fisioterapeutas da Paraíba, em 1980, porém esta entidade de classe não teve êxito em seu funcionamento, pois neste ano havia apenas dois fisioterapeutas inscritos no Conselho. Logo após, em 1985, foi criada a Associação Paraibana de Fisioterapeutas que tinha como objetivo principal divulgar a profissão, aperfeiçoar a prática, estimular a cientificidade, mostrar a importância da fisioterapia dentro da chamada área de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Para Parsons (1974), um dos tipos básicos para a estruturação social são as associações que garantem um corporativismo através de uma relação de consenso, baseado em interesses comuns, dotadas de normas e autoridade, em busca de um igualitarismo. Nesse sentido, encontram-se os profissionais liberais,

Os profissionais liberais de há muito apresentam tendência para associações onde possam defender seus interesses comuns, entre os quais se incluem a manutenção de padrões profissionais de competência e integridade. A educação superior adquiriu saliência cada vez maior neste complexo, e isso não foi menos importante na formação de profissionais liberais (PARSONS, 1974, p.39-40)

As instituições de regulação são necessárias para garantir o exercício profissional e, com ele, os direitos e deveres da profissão. Os médicos, dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outras profissões possuem suas próprias instituições que as auto-regulam (ou regulação dos pares), os seus conselhos de fiscalização do exercício profissional, onde estas instituições, junto com as leis específicas, “vigiam” e “prescrevem” as ações nos devidos campos. (GIRARDI; FERNANDES JÚNIOR; CARVALHO, 2000)

Outra forma de credenciamento das profissões são as cooperativas de trabalho. No cenário de João Pessoa, existe atualmente uma Cooperativa de Trabalhos fisioterapêuticos (COOFISIO), criada em 26 de agosto de 1998 e respaldada pelo Estatuto através de assembleia extraordinária no dia 22 de abril de

2002²⁶. Atualmente consta com 86 associados. Surgiu com a finalidade de unir esforços atingir os objetivos comuns que beneficiem a profissão. (COOFISIO, 2013)

²⁶ Estatuto da COOFISIO: O Estatuto da Cooperativa de Fisioterapeutas de João Pessoa Pessoa pode ser visualizado em sua íntegra pelo endereço: <http://www.coofisiopb.com.br/institucional.php>

CAPÍTULO 3

Profissão de Fisioterapeuta: identidade e *habitus*; autonomia e reconhecimento; mercado de trabalho

3.1 IDENTIDADE E *HABITUS*

A noção de identidade foi problematizada desde o início da história pela filosofia moderna atrelada as questões da subjetividade e da individualidade, por estar ligada a autonomia do sujeito (subjetividade) e a independência individual, tendo a subjetividade um valor, pois o indivíduo passa a ter uma autonomia na sua “construção”, modificando sua *performance* individual, diante de uma reflexividade que existe neste indivíduo moderno (PERRUSI, 2003). Esta identidade parece sofrer de uma dualidade justamente porque o processo de identificação ocorre num mundo onde a individuação possui uma dissimetria em relação à subjetivação. Se o indivíduo constrói sua identidade a partir da socialização, o processo de identificação que formata sua "consciência de si" teria necessariamente dois momentos: a primeira em relação a si mesmo e segunda em relação ao outro (PERRUSI, 2009). Para Bourdieu (1974):

Todas as práticas de um mesmo agente são objectivamente harmonizadas entre si, sem necessidade de uma procura intencional de coerência e são objectivamente orquestradas, sem recorrerem a uma concertação consciente com as dos outros membros da mesma classe (BOURDIEU, 1974, p. 31).

O processo de construção individual é banhado de vários elementos que se tornam uma influência nas atitudes e nos comportamentos do indivíduo, mesmo que, por vezes, não esteja ligada a uma premeditação de seus atos. O agir, para si e para os outros, torna-se algo normal e não necessita de um prévio raciocínio para que aconteça e, mesmo diante das diferenciações entre os sujeitos, a identidade é construída e baseada também nessas diferenças.

É nessa perspectiva que Goffman (1982) considera a necessidade de diferenciar as pessoas a partir de todos os seus atributos, sejam eles mutáveis ou imutáveis, numa visão de respeito à sua identidade e às suas necessidades,

afastando-se de um papel estruturado ou de uma rotina determinada por processos de padronização de uma organização social. Pensamos que a visão do autor pode ser extensiva tanto ao profissional, que faz uso de seu saber, como àqueles que necessitam desse saber, ou seja, o indivíduo e o doente. Outro questionamento importante do autor é que a construção da identidade profissional parte, entre outros aspectos, do reforço que é dado pelo nome, pela definição e pelo registro profissional.

Para Perrusi (2009), a formação da identidade apresenta, em sua construção, dois momentos: o individual, ligado ao ego, com características próprias do sujeito; o social, ligado ao sistema de papéis, nos quais os indivíduos se relacionam com os outros. Nesse sentido, a ciência social problematiza a identidade em dois eixos: o primeiro, relacionado aos aspectos psicológicos e psicossociais da identidade, seria a construção do “eu”, ou melhor, a interiorização, a maneira de incorporar o mundo; o segundo seria o social e seria vinculado às experiências da família, escola, tudo aquilo que seria o fruto do processo de socialização. Assim, a identidade é vista como “coletiva”, “social”, “cultural”, de “classe”, em que são incorporados valores dominantes ou consensuais e onde são cumpridos seus papéis de funcionalidade, integração social ou de resistência ao sistema social que os cerca.

Diante de uma diversidade de identidades, uma das que tem importância é a identidade profissional, por ter se tornado algo que sofre grandes transformações pelas mudanças exigidas pelo próprio trabalho, pelas novas tecnologias e pelas novas descobertas científicas. Diante disso, a construção do trabalho individual ou coletivo deve ocorrer e deve ser tratada de forma equivalente a todas as outras práticas sociais do indivíduo.

Esses indivíduos, ligados às suas práticas sociais, precisam de uma apropriação de seu “poder” de reflexividade para concretizar sua mudança, construindo e re-construindo a partir de suas vivências, graças à dinâmica do mundo. É preciso que o indivíduo mantenha a narração de si e esteja sempre diante de sua auto-reflexividade, com o intuito de tornar-se um projeto explícito permanente, de construção de sua confiança, de relações e de redes contribuindo para a formação de seu *habitus* (SELTZER, 2008).

Para adentrar no sentido de *habitus*, é necessário que se compreenda que sua lógica é relacional e não substancial, porque faz parte da congregação de relações presentes no mundo social. Isso é possível por meio de uma revisão da noção de

hexis, que fora no caso convertida em *habitus* pela escolástica, e surge da necessidade de desmistificar o conceito no qual os sujeitos e seus comportamentos são determinados pela estrutura. O *habitus* seria “uma aquisição de conhecimento através de uma trajetória nos jogos sociais de que o agente participou” (SHENATO, 2011, p. 34).

A aquisição individual de conhecimento sofre influência do contexto histórico e de tudo que se faz presente na época, com todas as suas variáveis, influenciando na formação dos pensamentos e atitudes do sujeito frente à coletividade. Dessa forma, não pensaríamos que a construção do *habitus* é algo isolado nem mesmo “engessado” por uma estrutura; na verdade, pensamos como sendo algo que é condicionado por uma relação dialética entre objetividade/subjetividade.

É nessa relação entre a objetividade/subjetividade que fica entendido a maneira de construção de um campo na produção de *habitus* e como esse naturaliza o campo. A partir disso, a realidade dos acontecimentos sociais torna-se parte de uma interação entre as coisas (campo) e os cérebros (*habitus*) interiorizados e exteriorizados nos agentes sociais (SHENATO, 2011).

O conceito de *habitus* em Bourdieu surge do pensamento aristotélico e da escolástica medieval, através da noção de *héxis*, convertida em *habitus* pela escolástica na necessidade de evitar o entendimento de que as ações humanas são construídas apenas pela coerção de causas externas ou então por uma noção racional do sujeito diante de suas ações; portanto, o que há é uma relação dialética entre esses conceitos na formação do *habitus*. Para Wacquant (2002),

Bourdieu recuperou e trabalhou o conceito Aristotélico-tomista de *habitus* para elaborar uma filosofia disposicional da ação como propulsora dos socialmente construídos e individualmente incorporados “esquemas de percepção e apreciação” (WACQUANT, 2002, p. 98).

O *habitus* está ligado ao nosso modo de pensar e de agir diante do mundo. Ele é “adquirido mediante a interação social e, ao mesmo tempo, é o classificador e o organizador desta interação. É condicionante e é condicionador das nossas ações” (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 7). O *habitus* nesse sentido é construído e reconstruído através de nossas experiências de vida, sem nos darmos conta das modificações que estamos sofrendo, durante nossa participação na reprodução social. Cada campo

social promoverá, em nosso entender, a construção de um novo *habitus*, seja ele na família, na escola ou mesmo na vida profissional.

Os fisioterapeutas, assim como outros agentes sociais, são produtos de uma história dentro do campo e das experiências acumuladas durante sua trajetória. Inferimos que a construção desse profissional é baseada na concepção de uma ética que rege suas atividades e infiltra-se em seu campo e em suas práticas. Nesse momento, percebe-se a utilidade das noções de *ethos* e *héxis*, sendo o *ethos* a dinâmica de construção e reconstrução dos valores e ações que o profissional desenvolve no campo, ou seja, no espaço social onde ele realiza suas práticas. Diante disso, poderíamos dizer que o *habitus* do fisioterapeuta é construído a partir de diferentes pilares. Na figura 9, tentaremos mostrar os que proporcionam a construção do profissional fisioterapeuta, partindo do momento da socialização em que acontece a escolha profissional.

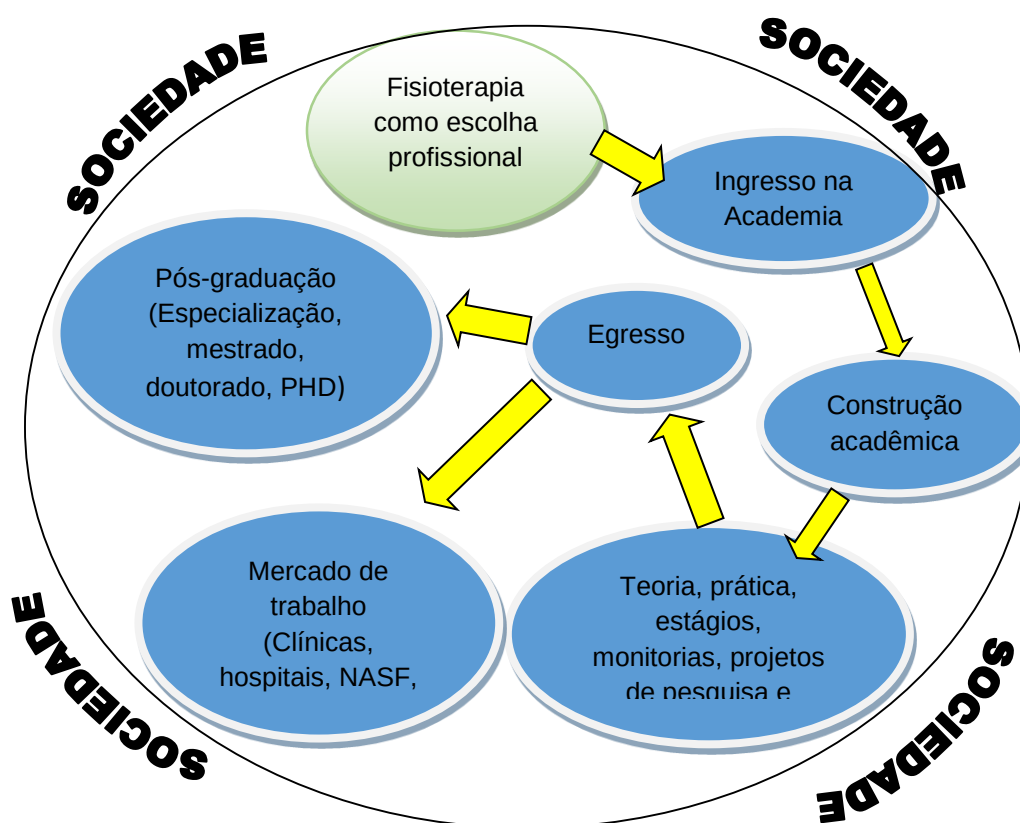


Figura 9: Construção do *habitus* do fisioterapeuta
Fonte: Dados da Pesquisa, 2013

É primordial o entendimento de que a construção de um *habitus* profissional é constituído desde a escolha profissional, perpassando pela construção acadêmica e

suas diferentes vertentes de aprendizado, ao influenciar diretamente no tipo de profissional que adentrará no mercado de trabalho, através ou não de uma pós-graduação. Vale ressaltar que essa construção não será apenas garantida no sentido do âmbito acadêmico, mas sofre influências dos fatores sociais que ocorrem no entorno desse processo. Dessa forma, no campo de trabalho, haverá sempre uma construção e reconstrução das práticas fisioterapêuticas, envolvendo estrutura e seus pares e garantindo uma contínua ressignificação de seu *habitus* profissional.

3.2 AUTONOMIA E RECONHECIMENTO

No nosso entender, os conceitos de autonomia e de reconhecimento entrelaçam-se de maneira que cria uma dependência, sob o ponto de vista profissional, haja vista que a autonomia estaria ligada a “ter o direito de” e o reconhecimento estaria atrelado à necessidade de ser reconhecido por suas ações. Nessa perspectiva, iremos tentar falar sobre os conceitos, sabendo que vez ou outra irão se entrelaçar.

A autonomia se concretiza em dois momentos: no primeiro, a autonomia é garantida com o trabalho social, produzindo bens e serviços na reprodução de valores; o segundo é o serviço propriamente dito e é aqui onde a autonomia se revela no sentido de independência e autorregulação. Dessa forma, entendemos que a autonomia está ligada tanto ao objetivismo, algo individual e inerente a cada indivíduo, e ao subjetivismo, na demonstração de seu produto para o meio social, o que caracteriza que a mesma perpassa por um controle da sociedade (RIBEIRO; SCHARAIBER, 1994).

Portanto, a fundação da autonomia profissional é claramente um processo político e social de concessão legal, não algo que as profissões podem obter por si próprias, e, sendo conferida à profissão pela sociedade, leva, por sua vez, à auto regulação, além de que envolve o Estado no estabelecimento e manutenção da proeminência profissional (ALMEIDA, 1997, p. 663).

Dessa forma, a autonomia profissional estaria ligada a um meio político de controle? Pensamos que, em parte sim, a partir do momento em que as profissões,

para serem legitimadas, necessitam primeiramente serem reconhecidas, em que são impostas normas e leis que garantem seus direitos, mas definem seus deveres, assim como delimitam seu campo de atuação. Diante disso, o Estado e a sociedade definem, a partir de seus valores, de forma imprecisa a autonomia de cada profissão.

De formas diferentes, Axel Honneth e Charles Taylor debatem sobre a teoria do reconhecimento no mundo contemporâneo. Axel Honneth traz a “luta por reconhecimento”, solidificando-se através dos escritos do jovem Hegel que, junto com toda psicologia social, constrói a hipótese de que é, a partir do não reconhecimento ou mesmo do desrespeito, que se começa toda luta por reconhecimento. Já Charles Taylor traz o conceito de reconhecimento como sendo parte dos conflitos e lutas sociais, sendo nossa identidade formada a partir desse reconhecimento ou mesmo pela sua falta, sendo o reconhecimento uma necessidade humana vital. Na atualidade, o que se vê em relação ao reconhecimento “é uma descaracterização das ideias que Taylor e Honneth buscam em Hegel para renovar a teoria crítica” (MENDONÇA, 2009, p. 1). A compreensão do reconhecimento mostra-se através de suas políticas, relacionando o universal com o específico. Para Taylor, a identidade está intimamente ligada ao reconhecimento:

A tese é a de que a nossa identidade é em parte formada pelo reconhecimento ou pela ausência deste. Muito frequentemente, nos casos de falso reconhecimento por parte dos outros, uma pessoa ou um grupo de pessoas pode sofrer um prejuízo real, uma distorção efetiva, na medida em que os outros projetem nele uma imagem desvalorizada e redutora de si mesmos. Não reconhecimento e falso reconhecimento podem infligir mal, podem ser uma forma de opressão, aprisionando alguém em uma forma de vida redutora, distorcida e falsa... Nessa perspectiva, não reconhecimento não significa apenas ausência do devido respeito. Ele pode infligir feridas graves a alguém, atingindo as suas vítimas com uma mutiladora autoimagem depreciativa. O reconhecimento devido não é apenas uma cortesia que devemos às pessoas. É uma necessidade humana vital (TAYLOR, 1994, p.25, **tradução nossa**).

Ao reduzir um indivíduo, por não reconhecer sua importância como ser social e seus valores como pessoa, passamos a tirar seu direito de usufruir de um reconhecimento que lhe é próprio, respeitando suas diferenças dentro do espaço social e os agentes sociais e os grupos sociais que, por vezes, procuram um sentido de igualdade, por pensar que a igualdade irá nos conferir algo melhor. Pensamos que a construção social está baseada nas diferenças, pois é através delas que podemos

construir algo novo. Deve-se sim, lutar pelo direito a igualdade universal (Longhi, 2008), mas não podemos deixar de lado o que é verdadeiramente igualdade, por talvez não ser um conceito totalmente neutro ao se pensar em sociedades liberais. Sendo assim, o que faria mais sentido é pensar em reafirmar algumas diferenças sem acirrar as desigualdades, exaltando-se as solidariedades em função do respeito. É na visão da existência de um potencial humano universal, como é para Taylor, que nos conferimos respeito. Porém, ele se refere a um outro potencial, ou seja, aquele que forma e define a própria identidade, como pessoa e também como grupo, em que ambos devem ser respeitados.

Para Taylor, é por meio de lutas simbólicas que os sujeitos negociam identidades e buscam reconhecimento nos domínios íntimo e social. Ele aponta, ainda, que as lutas por reconhecimento são cada vez mais explícitas, ultrapassando o foro interno, por via de protestos públicos. É por meio do reconhecimento intersubjetivo que os sujeitos podem garantir a plena realização de suas capacidades. Para que esse reconhecimento se concretize é necessário que haja uma interação entre os sujeitos envolvidos (MENDONÇA, 2007).

A noção de reconhecimento em Honneth perpassa pela questão do direito que deve ser geral o suficiente para levar em consideração os interesses de todos os participantes da comunidade e não apenas de parte dela. Seria uma noção de democracia? De certa forma, a garantia do direito a todos trataria de maneira igualitária e participativa a todos aqueles que perfazem o social. A partir desta constatação, na análise do direito, procura-se explicitar o novo caráter, a nova forma do reconhecimento jurídico, que surgiu na modernidade (Honneth, 2003, p. 178). Esse reconhecimento jurídico, talvez, seja imprescindível para advir outras formas de reconhecimento, como o profissional. Em contrapartida, o não reconhecimento vem do fato de existir uma desvalorização social do sujeito, envolvendo desrespeito e impedindo a auto-realização. Assim,

O sujeito deve ser visto como alguém que, precisamente através da aceitação por parte de outros sujeitos de suas capacidades e qualidade, sente-se reconhecido e conseqüentemente em comunhão com estes, possibilitando, sua disposição de também reconhecer o outro em sua originalidade e singularidade (SOUZA, 2000, p. 3).

Esse processo de reconhecimento é contínuo e faz parte de lutas e de conflitos que são estabelecidos dia-a-dia, construindo a vida social numa dinâmica necessária para garantir o reconhecimento (SOUZA, 2000). Os sujeitos envolvidos se autorreconhecem, tanto nas potencialidades quanto nas capacidades. É importante que, através deste autorreconhecimento, eles possam reconhecer o outro em todas às suas particularidades, o que proporciona novas lutas pelo reconhecimento. O reconhecimento traz consigo o surgir de etapas que serve como facilitador no processo de construção de sua identidade. Assim, para o jovem Hegel, toda identidade se constrói num ambiente de diálogo, preexistindo a qualquer prática social ou política (ARAÚJO NETO, 2011). Para ele:

Esse contexto originário, preexistente, é tido como um pano de fundo ético onde existe uma certa forma de aceitação intersubjetiva, ou seja, uma forma de reconhecimento preexistente a toda formação dos sujeitos. Tal reconhecimento preexistente pressupõe a existência de direitos que, no entanto, não estão explicitados e, muito menos, conscientes. Cabe ao contrato, então, o restabelecimento consciente e explícito daqueles direitos anteriores, isto é, o contrato é a realização, efetivação, de direitos que já existiam. O contrato não cria direitos, ele os restabelece. Nesse aspecto, a luta social não é uma luta pelo poder, mas uma luta pelo reconhecimento. O contrato configurasse como uma luta por reconhecimento que não se constitui em autopreservação física somente. Ao contrário, é um conflito que gera e desenvolve diferentes dimensões de subjetividade humana, tendo no conflito o cerne central da sociedade (ARAÚJO NETO, 2011, p. 140-141).

O reconhecimento no nosso entender é algo que nos traz felicidade, motivação e vontade de fazer parte de uma sociedade, pois está baseado em relações sociais, onde a necessidade de ser reconhecido envolve todos os contextos sociais, enquadrando-se assim, as profissões, que segundo Areosa e Carpinheiro (2008), tentam demonstrar sua importância para a sociedade, através da publicidade de seus saberes e de suas práticas, abrindo a possibilidade de legitimação socialmente aceita. Para isso, os profissionais agem de forma padronizada através de seus papéis e práticas sociais, permeados pela profissão, utilizando estratégias, que permitem vantagens apenas ao seu grupo profissional, e levando à inclusão somente o grupo determinado.

Como profissionais, poderíamos falar que vivemos em uma constante luta por reconhecimento, aprimoramo-nos ao máximo em nossa vida profissional,

especializamo-nos e nos capacitamos em busca do reconhecimento. Perceber a fisioterapia, como grupo, é entender a dinâmica pela busca do reconhecimento, em detrimento dessa percepção de não ser reconhecido, como mostrado nos discursos dos fisioterapeutas da pesquisa. Essa ausência de reconhecimento leva à necessidade de capacitar-se, cada vez mais, para que o outro perceba, pois o reconhecimento profissional é “uma expressão do serviço à comunicação, [...] uma tentativa social de construir uma qualificação” (CONTRERAS, 2002, p. 41). Nesse sentido, como afirma um entrevistado:

Em termos sinto-me reconhecida pelo feedback que eu tenho dos pacientes, do meu trabalho e de como eles, da satisfação deles em relação ao trabalho que eu desenvolvo e que eu ofereço. Hoje sim, eu acredito que é, é [...], bem mais do que quando eu comecei e as pessoas, o que me surpreende é que as pessoas leigas sabem mais reconhecer o valor da gente do que os próprios profissionais envolvidos na saúde.” (F7)

O Reconhecimento da fisioterapia teve seu auge nos anos 1990 quando houve um aumento dos cursos nas Instituições de Ensino Superior, que culminou numa priorização da quantidade de ensino, desqualificando o processo de formação. Por isso, houve uma busca intensa por especializações e pelos estágios, mesmo que não remunerados, que viessem a proporcionar uma melhor qualificação (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009).

Para Ravagnani (2009), partindo da vertente de direcionamento da teoria do reconhecimento, os atores envolvidos e inseridos, na vida social, não devem ser compreendidos dentro de uma relação moral e cultural, prática que pode ser mais visível nas práticas e políticas de um povo, estando ausente, na maioria das vezes, do discurso. É a partir disso que os sujeitos, ou seja, suas identidades são construídas de forma autointerpretativa por fazerem parte de um contexto dialógico, que envolve a construção de um *self*. Segundo Longhi (2008), a dinâmica entre relações sociais e a práxis são processos dinâmicos de onde surgem as diversas identidades que incorporamos ao longo da nossa história. São processos que levam a um processo de individuação, pela nossa relação com os diversos espaços existentes, como nas relações familiares, nas profissionais, nos estudos, nas amizades e no lazer.

3.3 MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

A saúde constitui um importante setor no mercado de trabalho do país. Assim como os demais serviços de consumo coletivo, encontra-se vinculada a um conjunto de determinantes políticos e econômicos que permeiam o mercado de trabalho em geral. Pode-se dizer que o dinamismo e as características dos seus empregos foram influenciados pelo crescimento do sistema produtor de serviços e pela reforma do setor, os quais provocaram mudanças significativas na estrutura ocupacional, no perfil quantitativo e qualitativo da força de trabalho em saúde. (AMÂNCIO-FILHO; OLIVEIRA; VIEIRA, 2004)

A partir do ano de 1940, é que o mercado da saúde foi sendo estruturado com profissionais inseridos neste campo, através de instituições, como os institutos de pensões. Poucos eram contratados pelo governo e, aqueles que foram, focavam suas ações para a saúde pública nas ações preventivas, como as campanhas sanitárias (MARTINS, MOLINARO, 2013).

Para os mesmos autores, nos anos 80, houve a expansão e a reestruturação da ação produtiva, através da revolução tecnológica, provocando uma nova ordem econômica, que levou ao aumento nos custos de produção e a queda do lucro total. Isso foi chamado de Terceira Revolução Industrial. Nessa mesma década, houve um crescimento desordenado no comércio e na prestação de serviços (setor terciário), com significativo aumento do número de desempregos e desocupação, da informalidade nas relações de trabalho e uma estagnação nos rendimentos advindos do trabalho. Uma tendência a maior formalização ocorreu ao longo dos anos 2000, quando houve um incremento no setor terciário com vínculos empregatícios estabelecidos.

A saúde como parte do setor terciário, gera produtos não materiais e a produção e consumo ocorrem simultaneamente, atreladas às inovações tecnológicas que demandam o surgimento de novas ocupações, configurando o setor saúde como intensivo de mão-de-obra. Para Campos, Aguiar e Belisário (2008), a ferramenta de trabalho e a manutenção da saúde estão voltadas para o elemento humano, por se tratar de tomadas de decisões e atitudes em função das necessidades do indivíduo.

Em Boltanski (1989), as necessidades médicas são construídas a partir das necessidades primárias do corpo, aliadas a um a fatores, como: falta de obstáculos

de ordem econômica, ou seja, variações nos preços dos serviços médicos; ecológica, com a proximidade dos equipamentos médicos ou a técnica, com o surgimento das doenças, nas quais essas necessidades ou mesmo o crescimento delas não estaria atrelado a uma abertura de vaga no mercado de trabalho, mas ao fato de se tratar de um saber específico que demanda conhecimento, envolvendo capacidade profissional de um sujeito que realiza suas funções, por ter domínio de suas práticas e por ter legitimidade para tal, ou seja, não seria algo aleatório e ilegítimo.

Atualmente, os trabalhadores da saúde são amparados por modelos de regulação, provenientes da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que garante direitos; porém, com a desregulação do mercado, ocorreu também a flexibilidade dos contratos de trabalho, o que provocou uma incerteza nas garantias, pois trouxe uma redução da proteção social e uma desvalorização dos rendimentos dos trabalhadores.

Para Perrusi (2008), o assalariamento implica em alguma perda para o profissional, embora não implique em uma proletarização. Para ele, essa condição pode levar a uma ausência de controle do sujeito sobre suas condições de trabalho, pois o controle seria monopolizado por uma gestão, ou seja, haveria uma perda do controle das circunstâncias atreladas ao seu trabalho.

De fato, quando um indivíduo tem sua condição de trabalho baseada em uma remuneração específica, o que pode acontecer é que esse mesmo sujeito está atrelado a imposições do seu empregador. O indivíduo perde seu direito de executar suas atividades de maneira livre e responsável, levando-o a um aprisionamento de suas práticas e colocando em “xeque” tanto o aspecto profissional, quanto a execução de uma pluralidade de ações, que iriam ser benéficas no processo de saúde. Situação diferente pode ser vivenciada pelo profissional, ao gerir sua própria conduta, fazendo uso de suas atribuições de profissional liberal e autônomo, trazendo consigo uma “bagagem” científica, que pode ser usada de maneira reflexiva e condizente com as situações do cotidiano.

Girardi, Fernandes Júnior e Carvalho (2000) entendem a regulamentação de uma atividade ocupacional ou profissional como um privilégio. Seria uma forma de credencialismo educacional, de reserva de mercado ou de direito exclusivo de propriedade sobre campos de prática – concedido pelo Estado a partir do reconhecimento da utilidade pública daquela atividade. A regulamentação ocupacional e profissional incide sobre os mercados de trabalho e de serviços,

definindo campos de trabalho, procedimentos e atividades de exercício restrito. Assim, quando uma ocupação ou profissão obtém algum nível de regulamentação, sua entrada no mercado de trabalho é delimitada pelo tipo (mais ou menos restritivo) e escopo (mais ou menos abrangente) da regulação. Noutras palavras, diferentemente das ocupações desregulamentadas ou de livre exercício, as ocupações regulamentadas têm seus mercados relativamente "fechados":

Para os autores, o setor de saúde, quanto à formalidade do trabalho, apresentou crescimento na última década. A importância do emprego e da massa salarial, gerada em atividades de saúde, representou no final dos anos 90 cerca de 10% do equivalente na economia em geral. Para Machado (2008), houve uma expansão significativa do setor de saúde, tanto no que diz respeito à abertura de novos estabelecimentos e leitos, quanto ao número de vagas para profissionais no setor. Esse incremento proporcionou um acréscimo de mais de dois milhões e quinhentos mil empregos de saúde. Esse crescimento se deve à grande transformação sofrida no Sistema Único de Saúde (SUS) nas duas últimas décadas.

Esse crescimento, para Santos-Filho (2007), vem da produção da informação e da avaliação do cotidiano que são fatores importantes para o crescimento do setor de saúde, tendo como eixo principal a inserção dos trabalhadores dentro desse processo, onde tenha uma aproximação com todos os envolvidos, ou seja, a equipe, os usuários e a gestão, pensando e repensando os afazeres dentro do seu cotidiano e avaliando os resultados de suas práticas, percebendo seu próprio trabalho e podendo intervir a qualquer momento para mudar os rumos de suas condutas, tornando o seu trabalho dotado de flexibilidade e não de uma rigidez que o leva a não reflexividade e a execução de atividades meramente mecânicas.

É nesse ritmo que se tem verificado também um crescimento do número de profissionais de saúde ofertados no mercado de trabalho, tendo como fator desencadeador a abertura de novas instituições de ensino superior; porém, o número de vagas não acompanhou esse ritmo. Em 2004, havia 13.631 fisioterapeutas e, junto a esse número, a necessidade de absorção por parte do mercado (INEP, 2013).

Esse fato leva ao aumento da concorrência, necessitando de uma regulação profissional a partir da influência da regulação do próprio mercado, levando as profissões a tentarem se adequar ao mercado, transformando-se continuamente para melhorar seu desempenho no mercado de trabalho. Inclusive, o próprio mercado

propõe a abolição de qualquer tipo de monopólio técnico que venha a comprometer a livre concorrência (ALMEIDA, 1997).

Outro fator que influencia a inserção no mercado de trabalho, segundo Martins e Molinaro (2013), é a qualificação/especialização no setor de saúde, que leva a um diferencial competitivo no mercado de trabalho, o que é um grande desafio na área da saúde, considerando sua complexidade e a sua especificidade, bem como seu objeto de trabalho. O dinamismo do setor necessita que todos que façam parte dele atualizem-se com frequência, pois a ciência e a tecnologia estão em ritmo acelerado, o que é característica do capitalismo contemporâneo. A palavra-chave da atualidade é a interdisciplinaridade, utilizada para entender todo esse contexto que gera a saúde na atualidade. Portanto, o que vem se percebendo é que a estruturação do mercado atual passa para o sujeito a responsabilidade de se manter atualizada, esquivando-se da necessidade de oferecer condições ao profissional para a execução de suas práticas da melhor forma possível.

A necessidade de atualização e de competitividade no mercado é imensa, levando alguns cursos de especialização a ampliarem suas vagas para discentes no último ano de curso, antes mesmo da conclusão da graduação. A possibilidade de uma qualificação leva, para muitos, a um diferencial dentro do mercado e abre possibilidades que não são conseguidas apenas com a graduação. Para Pinto *et al* (2013), a área de saúde é a que mais estudos tem sobre formação/capacitação, especialmente na última década, o que nos leva a pensar que existe uma busca por aperfeiçoamento profissional.

Seria diante de uma situação concreta de trabalho que se observa a competência de um profissional na resolução dos problemas do cotidiano no campo de trabalho. Isso só é possível diante da junção de vários saberes vindo de diversas esferas. Diante de uma qualificação real, que reúne todos os atributos, além de mobilizar a inteligência e a vontade de vencer desafios, há ainda a necessidade de estratégias empresariais, de consciência individual e coletiva e de organização do setor de trabalho, onde a tecnologia não será um item de grande importância, pois o que irá prevalecer são as relações entre aqueles que compõem a equipe e a sociedade em sua totalidade (DELUIZ, 1996).

A competência é por vezes entendida pelo profissional como algo que trará de imediato uma colocação no mercado de trabalho, porém nem sempre isso acontece.

Quando indagada sobre sua entrada no mercado de trabalho, F9 com muita ênfase respondeu:

Foi sofrido. Foi muito sofrido. Eu digo que só estou aqui, só sou Fisioterapeuta porque eu fui persistente e acreditei no sonho. Porque quando eu terminei a faculdade eu era uma das melhores alunas, tá entendendo? Não era a melhor, mas era uma das melhores. Eu estudava muito, me empenhava muito, e achava que quando eu saísse da universidade iria num instante encontrar um emprego, e não foi assim. Não tinha ninguém para me ajudar, não tinha ninguém para me indicar... E quando eu terminei procurei estágio, procurei... Um monte de coisa... Em clínica, em tudo. Mas era só 'Não, não e não'. Aí, então, eu comecei a trabalhar em outra coisa, totalmente diferente da Fisioterapia, para não ficar parada. Eu precisava também na época e eu tinha que ter um rendimento. Aí comecei a fazer outras coisas, trabalhar em outra área, que não era da Fisioterapia" (F9)

Parece não bastar, nos dias atuais, a competência na execução das práticas, mas torna-se algo muito mais político, em que aquele a quem é conferido o título de competente, nem sempre é o mais habilitado, mas é o que dispõe de maior influência política. A política de emprego, digamos assim, está entranhada em todos os setores de atuação profissional e, na fisioterapia, isso parece não ser diferente. Para adentrar nesse campo, entendemos ser necessário fazer uso de um marketing profissional e de colocar-se à venda. Para F15, a alternativa encontrada para mostrar sua importância dentro do mercado foi a seguinte:

Foi difícil [risos], mas eu não tive medo, espalhei o meu currículo e não tive resposta nenhuma, daí resolvi (depois de três meses) entrar prestar serviço em um hospital como voluntária, até porque eu poderia lá, no meu entender, é como se eu estivesse na "vitrine" que aí o pessoal conheceria o meu trabalho e me indicaria um para o outro, porque na nossa profissão tem também a questão do atendimento domiciliar e aí ficaria mais fácil de conseguir paciente, dos outros profissionais me enxergarem, mostrar o meu trabalho e aí eu fiquei 15 dias como voluntária e depois disso eles quiseram que eu continuasse só que me pagando. Aceitei e por dois anos trabalhava por produção, ganhava o que eu atendia, quantas pessoas por dia eu atendia, sendo 60% para mim e 40% para o hospital, daí entrou outro gestor e os convênios ficaram todo pra mim e a parte do SUS era dividida. Depois de um ano trabalhando assim, altamente explorada porque o que a gente recebe hoje pelo SUS é R\$ 4,67 da consulta, aí ficava 40% pra mim e 60% para o hospital. Depois de um ano quiseram me contratar pra ser funcionária efetiva por 24 horas semanais com um salário base de R\$ 1.568,00 e com os adicionais ficava em torno de R\$ 1.700,00. Passei mais um ano e deixei o vínculo, atualmente estou desempregada. (F15)

Retornando ao sentido de Marx, no que se refere ao trabalho, pode-se observar que existe, na fisioterapia, tanto exploradores quanto explorados. Exploradores seriam aqueles que contratam mão-de-obra barata à custa de uma grande jornada de trabalho, realizada por uma produtividade não equivalente ao que se ganha por ela, ou seja, o que se produz não é o que se ganha, garantindo ao fisioterapeuta um percentual financeiro reduzido em comparação com o que é ganho pelo empregador por este trabalho, promovendo uma mais-valia (diferença entre o valor do produto do trabalho e o valor da força de trabalho), que irá favorecer apenas o explorador. Outro fator que merece atenção é que, na maioria das vezes, trata-se de um trabalho informal, sem garantia alguma, o que pode sugerir uma fragilidade da profissão no sentido econômico, produzindo conflitos e insatisfações. A exploração profissional é uma constante na trajetória dos que estão iniciando uma carreira, que necessitam mostrar o seu trabalho para que outros o avaliem e lhe concedam uma oportunidade, parecendo que a submissão a este tipo de fato é necessária em uma carreira inicial.

Tratando-se de trabalho precário, a fisioterapia enfrenta, nos dias atuais, baixos salários, com exploração da mão-de-obra, altas jornadas de trabalho e não participação no lucro, bem como a maioria convive com a informalidade, trabalhando em clínicas que não proporcionam direitos trabalhistas, afora os atendimentos a domicílio, entre outros. Essa realidade em João Pessoa, é fruto do aumento de um contingente e do não acompanhamento do mercado de trabalho -- “o mercado daqui é superlotado” (F17). O despreparo do mercado de trabalho parece ser visível, logo, não se trata apenas do crescimento da categoria de fisioterapeutas. Inclusive, a maioria das categorias profissionais vem crescendo assustadoramente pelo aumento da oferta e das facilidades de realização de um curso superior.

Ao fisioterapeuta, é conferido o direito de atuação em todos os níveis, porém alguns espaços, pelo caráter reabilitador da profissão, têm um crescimento mais intenso e com isso viabilizam a “entrada” de um maior contingente dentro dele. Estamos falando das clínicas²⁷ de fisioterapia, voltadas à fisioterapia convencional, a estúdios de pilates, à Reeducação Postural Global (RPG) e a outras terapias manuais

²⁷As clínicas se referem a todas inscritas no CREFITO 1 na forma de empresa jurídica, não entrando neste mérito os consultórios de fisioterapia por estarem vinculadas a pessoa física.

que têm crescido nas últimas décadas. A figura 10 mostrará o crescimento de clínicas de fisioterapia na Paraíba e em João Pessoa nas duas últimas décadas.

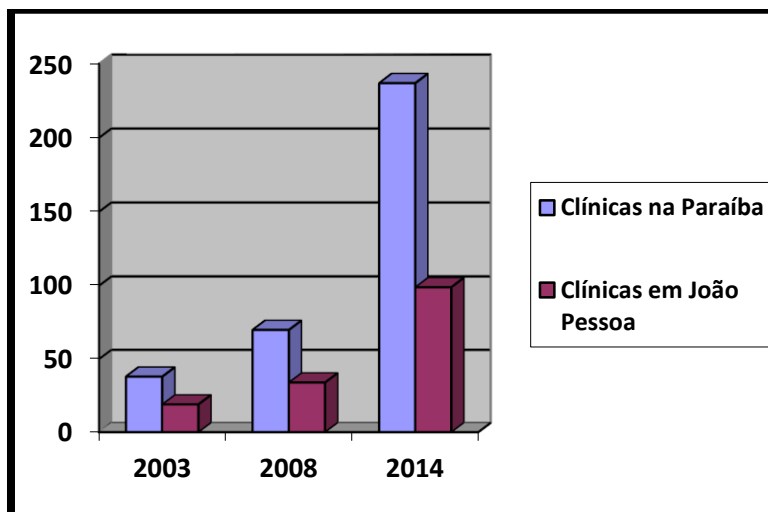


Figura 10: Evolução do número de clínicas de Fisioterapia na Paraíba e em João Pessoa nas duas últimas décadas

Fonte: Construída pela autora a partir dos dados do CREFITO 1, 2014

Os dados da figura 10 são referentes até 22 de janeiro de 2014, em que pode ser verificado que atualmente existem 237 clínicas de fisioterapia inscritas no CREFITO 1, sendo que 99 estão localizadas no Município de João Pessoa. É fato que houve um crescimento significativo nas últimas décadas, onde, no caso da Paraíba, passou-se de 38 clínicas de fisioterapia em 2003 para 70 em 2008. No que se refere a João Pessoa, havia no ano de 2003, 19 clínicas de fisioterapia; em 2008, esse quantitativo aumentou para de 34 e, no início de 2014, para 99 clínicas (CREFITO, 2014).

Além da atuação em clínicas, os fisioterapeutas também encontram-se em hospitais públicos e privados, nos ambulatórios e nas UTI's, dentre outros, tendo seu ingresso através de concursos públicos ou por meio de contratos temporários; porém, a fisioterapia vem conseguindo adentrar em um outro campo de trabalho, um outro cenário de práticas, voltado não apenas ao processo de reabilitação em si, mas viabilizando o aspecto da prevenção e da promoção a saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS).

PARTE III

CAPÍTULO 4

Os fisioterapeutas: seus perfis e suas trajetórias

4.1 APRESENTANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Para um melhor entendimento das falas e para possibilitar uma melhor interpretação empírica, faz-se necessário o conhecimento do perfil do objeto de estudo: os fisioterapeutas.

(F1) - A primeira entrevistada é fisioterapeuta há 10 anos, está em pleno exercício da profissão (Docente e instrutora de Pilates), casada, 33 anos, sexo feminino, pós-graduada (mestre em engenharia de produção) e vive de sua renda e da do cônjuge.

(F2) - A segunda entrevistada é fisioterapeuta há 9 anos e atua na área da docência e como fisioterapeuta do IPM (Instituto de Previdência Municipal), casada, 30 anos, sexo feminino, pós-graduada (mestre em engenharia de produção) e vive da renda familiar.

(F3) - O terceiro entrevistado é fisioterapeuta há 19 anos e atua na área da docência, prestação de serviço em hospital federal e é instrutor de Pilates, casado, 45 anos, gênero masculino, pós-graduado (especialista em recursos cinesioterapêuticos) e vive exclusivamente de sua renda.

(F4) - A quarta entrevistada é fisioterapeuta há 17 anos e atua em consultório de fisioterapia (proprietária) e exerce à docência superior (privado), casada, 40 anos, gênero feminino, pós-graduada (doutora em engenharia de produção) e vive de sua renda e do seu cônjuge.

(F5) - A quinta entrevistada é fisioterapeuta há 10 anos e atua na área da docência superior (privado), casada, 34 anos, gênero feminino, pós-graduada (mestre em fisioterapia) e vive da sua renda e do seu cônjuge.

(F6) - A sexta entrevistada é fisioterapeuta há 17 anos e atua em clínicas privadas na área de terapia manual e instrução de pilates, solteira, 41 anos, gênero feminino, graduada. Vive exclusivamente de sua renda.

(F7) - A sétima entrevistada é fisioterapeuta há 8 anos e atua como docente superior (privado) e gestora de uma clínica escola de fisioterapia, solteira, 33 anos, gênero feminino, pós-graduada (mestre em enfermagem). Vive da renda familiar.

(F8) - A oitava entrevistada é fisioterapeuta há 10 anos e atua em clínica de fisioterapia (proprietária) e paralelamente é comerciante, casada, 35 anos, gênero feminino, pós-graduada (especialista em recursos cinesioterapêuticos e em fisioterapia dermatofuncional).

(F9) – A nona entrevistada é fisioterapeuta há 22 anos e atua no serviço de fisioterapia de uma empresa. Casada, 47 anos, gênero feminino, especialista em recursos cinesioterapêuticos.

(F10) - A décima entrevistada é fisioterapeuta há 1 ano e 8 meses e está em processo de especialização em fisioterapia dermatofuncional, solteira, gênero feminino, 24 anos. Atualmente atua como facilitadora de um curso de em saúde coletiva, fisioterapeuta de uma clínica particular e realiza atendimentos domiciliares em fisioterapia.

(F11) - A décima primeira entrevistada é fisioterapeuta há 5 anos e atua em clínica e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), solteira, 30 anos, especialista em fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Saúde Coletiva e em Saúde da Família.

(F12) - A décima segunda entrevistada é fisioterapeuta há 1 ano e está em processo de especialização em fisioterapia cardiorrespiratória, solteira, gênero feminino, 25 anos. Atualmente realiza estágio (sem remuneração) em hospital público na área da especialização.

(F13) - A décima terceira entrevistada é fisioterapeuta há 1 ano e está em processo de especialização em fisioterapia cardiorrespiratória, solteira, gênero feminino, 22

anos. Atualmente realiza estágio (sem remuneração) em hospital público na área da especialização.

(F14) – A décima quarta entrevistada é fisioterapeuta há 4 anos e 3 meses. Possui especialização em dermatofuncional e atua no atendimento domiciliar desde o início de sua formação. Casada, gênero feminino, 39 anos.

(F15) – A décima quinta entrevistada é fisioterapeuta há 3 anos e tem formação em pilates e está em processo de estágio e concomitantemente estuda para concurso e para uma nova formação superior. Casada, gênero feminino, 27 anos.

(F16) – A décima sexta entrevistada é fisioterapeuta há 3 anos, educador físico e possui especialização em traumato-ortopedia. Casado, gênero masculino, 52 anos. Atua em sua própria clínica e vive exclusivamente de sua renda como fisioterapeuta.

(F17) – O décimo sétimo entrevistado é fisioterapeuta há 5 anos, possui especialização em saúde da família, saúde pública, dermatofuncional e cardiorrespiratória. Divorciada, gênero feminino, 28 anos. Desenvolve suas funções em clínica particular e com intensivista de hospital público da capital.

4.2 OS FISIOTERAPEUTAS FALAM DE SI

Na análise que se inicia, procuramos, através das transcrições, leituras e releituras das falas dos entrevistados, indícios ou marcas que permitam perceber como os sujeitos percebem as trajetórias, o reconhecimento, o campo da saúde com suas inter-relações e o ingresso no mercado de trabalho.

É fato que alguém sempre tem algo a dizer sobre sua profissão, sua trajetória, seus conflitos, suas insatisfações -- ter alguém que se disponha a ouvi-los talvez seja interessante. No início da aproximação com os entrevistados e, quando falava do tema da nossa entrevista, percebia uma grande ansiedade em querer falar algo sobre a profissão, falar com alguém para quem confidenciaria suas frustrações e alegrias. Apesar de perceber a insegurança dos entrevistados em falar de si para outra pessoa, a maioria se mostrou receptiva e atenta aos questionamentos e, por muitas vezes, paravam, respiravam e pensavam para elaborar a resposta. Outras pediam explicação sobre a pergunta, talvez pela falta de proximidade com alguns temas, dentre os quais

reconhecimento e campo. Para alguns, foi difícil se imaginar dentro de um campo. Até parecia que o significado de ser fisioterapeuta era ser sozinho, realizar sua prática de forma solitária, o que leva a pensar que o sentido dado ao mundo atual, sobre como trabalhar em conjunto, fosse algo ainda muito distante. Dessa forma, foi necessário adentrar em um processo explicativo que permitisse a compreensão sobre algumas perguntas. A maioria das marcações, para realização das entrevistas, ocorreu de forma tranquila, porém, alguns entrevistados não se sentiram tão confortáveis. O mais instigante foi quando, ao marcar uma entrevista, a profissional, que iria ser entrevistada, aceitou o convite com muita satisfação, mas senti, ao chegar a sua residência, uma resistência em não querer que sua entrevista fosse gravada (alegou “medo” de que alguém ouvisse suas confidências sobre a profissão) e que isso pudesse afetá-la, por estar vinculada a uma instituição privada de atendimento fisioterapêutico. Conversamos bastante e, quando falamos sobre a possibilidade de transcrever sua entrevista, a entrevistada se dispôs a falar e disse: “não sei se vou conseguir falar muita coisa, mais vou tentar”. Nessa entrevista, encontramos algo parecido aos demais entrevistados, no sentido de ter algo a dizer sobre a profissão, mas o que nos chamou mais atenção foi o excesso de gestos de revolta, não com a profissão, mas sim com a forma de reconhecimento ou de não reconhecimento da profissão pela sociedade. Mesmo assim, conseguimos concluir o roteiro e ainda complementar com algumas falas livres.

O processo de categorização possibilitou a análise e baseou-se nos objetivos da pesquisa. Resolvemos distribuí-las em nove categorias com o intuito de tentar contemplar da melhor maneira possível nossos questionamentos. Dessa forma, as categorias foram: Escolha da profissão; “Ser” e “Fazer” do fisioterapeuta; Satisfação em “Ser” Fisioterapeuta; A Formação Acadêmica; O Reconhecimento social da Profissão; Os Órgãos de Classe; A Inserção no campo de Trabalho; Inter-relações no campo; Se Faria Fisioterapia Outra Vez.

4.2.1 A Escolha da Profissão

Perguntareis, por fim: se tudo isto é assim, que é que, em rigor, a ciência traz de positivo à “vida” prática e pessoal? E eis-nos, mais uma vez, perante o problema da sua “vocação” (WEBER, p. 27).

Procuramos, nessa categoria, entender o que motivou a escolha da profissão, por meio da análise da vocação, da profissão dos pais, das vivências do cotidiano, entre outros. Dessa forma, as falas foram transcritas, e foi percebido que uma diversidade de fatores teve influência na escolha da fisioterapia como profissão. Entre os determinantes da escolha da profissão, foram relevantes aspectos específicos e generalizáveis.

Cada indivíduo tem suas particularidades e suas escolhas sempre tem um motivo, uma orientação ou até mesmo são sugestionáveis pela profissão dos pais, pela procura de *status* ou mesmo pela pressão familiar. Os entrevistados mostraram uma pluralidade de motivos que levaram à escolha da fisioterapia. Escolher uma profissão é um momento peculiar na vida de uma pessoa. Seria quando ela coloca todas suas expectativas de vida e de realização profissional, que irá perdurar por todo seu tempo laboral.

Quando indagada sobre sua escolha profissional, F1 diz:

Quando eu estava no ensino médio, meu pai sofreu um acidente, uma amputação parcial dos dedos da mão e ele foi fazer fisioterapia e eu fui acompanhá-lo e já pensava em fazer algum curso da área de saúde, não tinha me decidido no que ia fazer e depois de ter conhecido o trabalho e visto a reabilitação pensei em cursar, fazer o curso. (F1)

Na fala de F1, percebemos que sua escolha foi motivada pela vivência familiar quando surgiu a primeira vontade de fazer fisioterapia. A entrevistada entendeu que esse “fazer” foi algo que devolveu ao seu pai uma função com significado importante: a função da mão, ou seja, sua escolha esteve ligada a um fato vivido no cotidiano que a levou a conhecer o que seria a fisioterapia e sua importância dentro do processo de reabilitação.

O grande número de cursos e a facilidade de escolha de “opções” leva, em alguns dos casos, à colocação do curso escolhido em primeira opção e os demais em

segunda ou terceira opções, o que pode acarretar um início de curso sem motivação, ainda mais com o perigo de passar boa parte de sua vida. Nesse sentido, para F2:

Eu acho que como a maioria eu escolhi primeiro a medicina, certo, fazer o curso de medicina, tentei e não passei para medicina, mas não fiz vários vestibulares e neste mesmo ano passei pra fisio no UNIPÊ e comecei a cursar, fazer o curso normalmente, tinha passado para o segundo semestre, então no primeiro semestre ainda tentei fazer cursinho para fazer vestibular pra medicina. Quando chegou no segundo semestre eu conciliava de manhã eu fazia cursinho e a tarde o curso de fisioterapia mesmo.....mas eu comecei a me identificar com o curso e terminei nem fazendo o segundo vestibular para medicina (F2).

Em nossa reflexão, pensamos que, o que fica para segundo “plano”, vem acompanhado, talvez, de um maior conflito, com possibilidades de frustrações, e que o aceitar e o realizar-se, diante do que se faz, nem sempre é acompanhado de motivação para o cotidiano. A frustração com a profissão pode interferir não só na vida do profissional, mas em todos os que precisam e confiam, incluindo os familiares e amigos. O profissional insatisfeito com o seu fazer é também uma pessoa insatisfeita consigo mesma, e isso pode provocar um mal-estar interior e desencadear processos de insatisfação que se revelam em todos os aspectos de sua vida.

O momento da escolha da profissão é também o de maiores conflitos e incertezas, visto que, na maioria das vezes, coincide com a adolescência e, nesse contexto de ressignificações e de aprendizagem social, a escolha profissional passa a ser uma responsabilidade na qual nem sempre é fácil de lidar. Ao escolher uma profissão, percorremos vários caminhos e tentamos de várias formas conhecê-la, seja de maneira formal, seja informal. Como diz F7, em sua fala:

Porque eu queria um curso da área de saúde e [silêncio} ...e no momento eu tinha um amigo que estava fazendo para fisioterapia e me falava do curso e eu não sabia para que eu queria fazer e....me interessei e fiz o primeiro vestibular para fisioterapia. (F7)

Para Bartalotti e Menezes Filho (2007), existem duas maneiras para se escolher um curso superior: a primeira seria quando os sujeitos são incapazes de fazer previsões adequadas sobre o futuro e a outra, quando preveem adequadamente o futuro, sendo tais maneiras as que guiarão o processo de escolha profissional. Todavia, seria muito otimista acreditar que um jovem, ao escolher sua profissão (ou

mesmo um profissional experiente), tenha a capacidade de prever de forma minimamente correta o desempenho de sua carreira em relação a todas as demais num horizonte amplo de tempo. Portanto, o mais adequado seria crer que o indivíduo considera o passado recente e produz previsões para um curto período de tempo futuro, tornando-as mais confiáveis.

Em algumas entrevistas, um tanto de inquietação e gestos puderam sugerir uma escolha de profissão baseado no desconhecido, algo que ainda estava por ser descoberto durante o decorrer do curso. Ao serem indagados sobre a escolha profissional, alguns ficavam pensativos em busca de uma resposta para a pergunta, na tentativa de remeter-se ao passado e à sua história naquele momento. Penso que o desconhecido, o incerto ou o obscuro podem desencadear surpresas que nem sempre são agradáveis. É fato de que todo curso profissional vem carregado de mistérios que serão desvendados no decorrer da formação profissional, mas também é fato de que o conhecimento partilhado socialmente sobre uma profissão deixa a situação mais amena. A falta de conhecimento do fazer do fisioterapeuta foi algo percebido com certa frequência entre os fisioterapeutas, porém, os motivos foram mais diversificados. Para Hagen (2005):

Ao fazer uma opção por um emprego determinado, por exemplo, surgem para o indivíduo algumas escolhas que parecem “naturais”, “adequadas”, bem como outras sobre as quais nem chega a refletir, por serem consideradas “acima” ou “abaixo” de suas expectativas, ou inadequadas por qualquer outra razão. O prestígio social de uma ocupação, o tipo de tarefa que se espera desempenhar, a familiaridade com o ambiente de trabalho, o nível de remuneração, diversos fatores são analisados à luz dos esquemas de percepção e de classificação dados pelos *habitus*, fazendo parecer inatas tanto as aversões quanto as vocações para determinadas atividades (HAGEN, 2005.p. 79).

Nas entrevistas, não foi observado em nenhum momento a escolha da profissão determinada pela ascensão e pelo *status* profissional, o que poderia levar à aquisição de prestígio social. Para a maioria dos entrevistados, as escolhas foram realizadas baseadas em pouco conhecimento sobre a profissão. Parece-nos que não houve uma reflexão sobre a escolha profissional, relacionado a um projeto de vida. Segundo Lucchiari (1997), parece ser necessário à reflexão, ao recordar o passado, esclarecer o presente e perscrutar o futuro, a conscientização de si e a constante

busca por informações sobre mundo. Esses projetos de vida também envolvem a família, os filhos e todos aqueles que fazem parte da trajetória da pessoa, traçando um caminho onde a motivação, a escolha profissional dos pais e mesmo sua relação com suas profissões podem ser fatores que levam à escolha profissional.

Para Almeida e Melo-Silva (2011),

O processo da escolha profissional, portanto, encontra-se sobreposto a uma complexa rede de fatores que comporta tanto uma dimensão individual quanto social, envolvendo influências do meio familiar, dos grupos de pares, da formação educacional, do mundo do trabalho e mais amplamente do contexto social, político, econômico e cultural. Todos esses fatores atuam continuamente, influenciando e sendo influenciados pela trajetória vocacional humana (ALMEIDA; MELO-SILVA, 2011, p. 75).

Para um entrevistado (F17), a escolha profissional aconteceu no âmbito acadêmico do ensino médio, onde uma pluralidade de profissões foi apresentada:

A minha vontade era fazer área de saúde e aí fiquei entre fisioterapia e enfermagem e quando foi no terceiro ano, [...] nós participamos da feira das profissões e durante a formação das equipes a gente foi conhecendo cada uma das profissões e eu quis ficar no grupo da fisioterapia, gostei e optei por fazer vestibular pra fisioterapia mesmo (F17).

As feiras de profissão são uma forma de apresentação do “fazer” profissional aos estudantes do último ano do ensino médio. Seriam tentativas de contribuir para a divulgação profissional e, igualmente, são estratégias de marketing das instituições de ensino superior, principalmente as privadas, visando aumentar o seu contingente e viabilizando um retorno financeiro satisfatório, em que a vocação pode ou não ter seu espaço. Os discentes dos cursos superiores “mostram” em que sentido a profissão atua em sua área.

Sobre a vocação, Perrusi (2009) escreve que, contrariamente à Weber, a vocação moderna não é um empobrecimento da calvinista, e sim uma reconfiguração ou uma renovação laica, percebida como a junção entre polos antes inconciliáveis: escolha e desejo, vontade e projeto, consciência e natureza, tornando a vocação uma questão de identidade.

Ainda para o mesmo autor, há um paradoxo que contrapõe, de um lado, a democracia e a universalidade da vocação e, de outro, a vocação como privilégio de uma elite, por isso excludente, em que o desejo está mais voltado à ascensão social do que mesmo ao talento ou ao dom que determina a escolha vocacional. A vocação, no caso, permitiria a união de duas formas de liberdade: a escolha e a decisão voluntária e a de ser um ser e de realizar sua ontologia.

A escolha profissional, no sentido de vocação, aqui entendida como o passo inicial à construção de uma identidade profissional, não está exclusivamente atrelada ao trabalho em si, mas a um sentido maior do que é o desejo de ser e de fazer, algo que traz um significado de responsabilidade atrelado ao livre arbítrio.

Para Bardagi e Paradiso (2003), depois da escolha da profissão, o mais difícil, relatado por estudantes de fisioterapia, foi o início na universidade quando há grande probabilidade de abandono ou de mudança de curso. Para outros estudantes, a ideia de mudança permaneceu por todo o tempo dos estudos. Percebeu-se, no estudo citado, uma confusão entre escolha e características do curso, em que o descontentamento foi generalizado em relação às condições de ensino.

Na entrevista de F10, o gosto pela profissão aconteceu no momento de vivência prática que ocorre por volta do 5º período:

Sempre quis um curso da área de saúde...medicina sempre é o sonho de todo mundo, não é? Eu queria mais pela questão de status, mas por querer mesmo eu não queria. Foi através de uma pessoa conhecida que soube o que era a fisioterapia, aí eu escolhi a fisioterapia, não tinha certeza, mas escolhi e gostei, principalmente quando entrei na prática (F10).

O significado de uma profissão, para os estudantes, surge durante a vivência e o conhecimento do domínio profissional. O perfil dos sujeitos envolvidos, traçado acima, pode nos levar a pensar que essas diferentes trajetórias estão interligadas a diversos processos sociais, objetivos ou subjetivos, tais como: valores, construção familiar, *status* social, entre outros.

Na atual diversificação do mundo contemporâneo, onde a cada dia surgem novos cursos e novas formas de construções identitárias, é pertinente pensarmos que o processo de construção de uma profissão vem cercado de várias dúvidas e conflitos pessoais, comumente associados ao discurso familiar e ao de amigos que, por vezes, acabam interferindo de forma negativa nas nossas escolhas. Apesar de toda esta

diversidade, alguns escolhem o curso desde muito cedo e procuram entendê-lo melhor, tornando-se um sonho a realizar, como foi para F13:

Eu sempre fui incentivada pelos meus pais para fazer um curso superior, daí vim morar em João Pessoa, com sacrifício (lágrimas nos olhos), filha de agricultor, com muito orgulho (emoção e fala partida) ... e como eu lidava muito com o público, apesar de ser bastante tímida, eu gostava de cuidar, eu queria um curso da área de saúde, fiquei em dúvida entre, medicina sempre é o sonho de todo mundo, mas eu não queria, fiquei entre fisioterapia e odonto. Conheci uma pessoa ligada a fisioterapia então eu me identifiquei com algumas coisas que era para o lado de cuidado, de estar junto da pessoa, então eu escolhi fazer o curso de fisioterapia, não tinha certeza, mas escolhi e gostei e na prática me identifiquei mais ainda (F13).

A significação de se “formar” em um curso superior traz a noção do quão é importante para os pais e, igualmente, como eles acabam se projetando na realização dos filhos, “como se o filho fosse solicitado a tornar-se o que ele não pode ser” (SOARES, 2002, p. 77). Esse desejo que o filho torne-se “alguém” na vida, nem sempre está ligado a questão da vocação como dom ou como talento para uma função, e sim, o desejo de ascensão social: “[.....] o mito vocacional está alicerçado no desejo, cujo estatuto mudou consideravelmente na modernidade”. (PERRUSI, 2003, p.69).

Nos dias atuais, a escolha vocacional vem atrelada à sobrevivência, não no sentido de ter apenas o que confere o necessário, mas de escolher uma profissão que garanta “boa vida”, sem sacrifícios e privações. As incertezas, na escolha da profissão, são resultado do fato de ser feliz com o que se faz ou da garantia de ter uma vida mais tranquila no aspecto financeiro.

4.2.2 O “Ser” e o “Fazer” do Fisioterapeuta

Ser fisioterapeuta é: matar um leão a cada dia...é difícil, é uma profissão que sempre foi para mim muito bonita e tem um valor muito grande, mas pouco reconhecida (F7).

Nessa categoria, discutiremos as definições do que é ser fisioterapeuta, seu significado social e seu fazer, ou seja, sua práxis, o papel do fisioterapeuta na sociedade e seu objeto de trabalho.

Durante a formação do profissional, incorpora-se um *habitus* que se entranha em seu ser e que o leva por toda vida. Sua formação universitária passa, muitas vezes, por um processo de solidificação que se torna difícil de ser modificado, agregado a várias particularidades e singularidades. As entrevistas mostram o quanto ser fisioterapeuta é dotado de significados que possibilitam aos profissionais adentrarem no mundo de quem “cuidam” e se tornarem parte dele. Talvez, a causa disso seja a proximidade de relações entre quem cuida e quem é cuidado, o que parece estar bem nítido no trecho da fala de F4 (grifo):

Ser fisioterapeuta? [Silêncio] rapaz, eu acho que o fisioterapeuta ele tem um, ele tem que ter um perfil bem diferente de qualquer outro curso da área de saúde, acho que o curso de fisioterapia pra mim.....influenciou na minha personalidade. Ser fisioterapeuta é ser mais humano, é ser solidário, ter empatia, perseverança, tem que ter muita perseverança porque é uma área de trabalho difícil de você se estabelecer, se você não for perseverante, no primeiro ano já era, muita gente desiste. (F4) (grifo nosso)

E continua:

“Pra mim fisioterapia [silêncio] ela atua nos três níveis de atenção, em todas as áreas da saúde e ela tá ali não só pra reabilitar da forma que surgiu, mas também para promover a saúde para auxiliar na prevenção e promoção desta saúde” (F4)

Na fala o “ser diferente” parece ser o fato de estar próximo, de cuidar, algo muito singelo e utópico, que deixa de lado a questão do fisioterapeuta como profissional da saúde e o leva à executar funções que não estão dentro do seu domínio de conhecimento, distanciando-se de seu papel profissional. Não queremos dizer que deve haver um distanciamento nesta relação entre fisioterapeuta e paciente, mas que o envolvimento dito acima pelo entrevistado parece de uma relação profunda que provoca mudanças, inclusive em sua personalidade. Talvez este tipo de relação leve o paciente a entender de forma equivocada o papel do fisioterapeuta.

É pertinente pensar que, o termo cuidar sempre estará atrelado à saúde, numa relação de dependência que não deve ser banalizada, porém o fisioterapeuta está se portando, em algumas vezes, como um cuidador (entendendo o valor do cuidador), o que vem sendo mais instigado ainda pelo *boom* da saúde na construção das redes de cuidado para o paciente. Talvez esteja havendo uma confusão e o termo, “rede de cuidados”, não esteja sendo bem compreendido ou, por outro lado, a “carência” de atenção dos pacientes pelos familiares e o fato da proximidade do fisioterapeuta, como um profissional que não apenas “escuta”, mas “toca” contribua para este entendimento. Em “As consequências da modernidade”, Giddens (1991), traz o amor, a solidariedade e a atenção com o outro como itens escassos na modernidade. Outra vez o cuidar aparece na fala de F1,

“Ser fisioterapeuta é ser um profissional que busca o bem-estar, a qualidade de vida, dentro de vários níveis podendo atuar também na prevenção, mas muito ainda na reabilitação, ajudando as pessoas a melhorarem suas vidas em todos os sentidos”. (F1)

O novo campo de atuação da fisioterapia, na proposta de prevenção primária, traz a responsabilidade de ressignificação de sua prática (Rezende, 2009). A integração com a equipe de saúde, fundamentada no reconhecimento do seu papel, cujo cuidado em saúde não está determinado apenas por práticas terapêuticas de cunho técnico, mas também por uma atitude concreta diante das circunstâncias. Assim, por meio de uma compreensão filosófica, constrói-se um momento de interação entre os envolvidos no processo terapêutico, buscando sempre o alívio do sofrimento e o alcance de um bem-estar (AYRES, 2003/2004), cujo “alívio”, na fisioterapia, associa-se ao tocar. Dessa forma, como disse um entrevistado:

A fisioterapia pra mim, ser fisioterapeuta é você conseguir através de suas mãos, entendeu? do toque, da aproximação com “o paciente”, você conseguir de alguma forma reabilitá-lo. (F6).

É de suma relevância entender que o principal instrumento são as mãos, as quais tornam viável, pelo toque, a reabilitação e a cura, trazendo também conforto. Mesmo diante de toda tecnologia e do avanço de procedimentos modernos e eficazes, as mãos dos fisioterapeutas são a melhor alternativa, pois é pelo contato direto entre

profissional e doente que se constrói um processo de humanização e valorização da vida, indo além da assistência mecanizada. A aproximação, o envolvimento e a troca aparecem constantemente na fisioterapia, pois é difícil pensar na fisioterapia sem formação de vínculos, visto ser uma das categorias profissionais que tem as mãos como principal instrumento de trabalho e que utiliza o toque no corpo do outro, da forma mais incisiva possível, trazendo formas de atuação humanizadas (SILVEIRA E SILVA, 2011).

A área da fisioterapia, que mais utiliza de técnicas manuais em suas condutas terapêuticas, é a terapia manual, em que há um contato direto entre as partes, sem uso de recursos de outras áreas, como faz a fisioterapia convencional que utiliza recursos elétricos, térmicos e fototerapêuticos ou ainda como faz a cinesioterapia clássica em suas condutas.

Em sua entrevista, F3 percebe uma fisioterapia mais holística, em que trata o indivíduo através do tocar.

*É um profissional que tem sua capacidade de atuação muito ampla, onde ele usa os recursos físicos das mãos até os recursos físicos da água, do calor, do frio e tentando transformar isso num tratamento para benefício da patologia específica do paciente. (F3, **grifo nosso**)*

Para F12, a promoção da saúde revela a noção de um profissional que promove saúde, numa perspectiva diferenciada de construção de conhecimento.

*“Eu acho que ele é um profissional muito importante para um paciente que precisa, que além de reabilitar, promove saúde.” (F12, **grifo nosso**)*

O discurso diferenciado entre os sujeitos pode ser característica de uma formação tecnicista e de outra generalista, talvez pelo contexto do momento vivido durante a construção acadêmica, em detrimento das diversas estruturas curriculares existentes, atreladas também a uma objetividade do sujeito. Isso faz com que surjam campos de ações distintos, onde os primeiros estão mais ligados ao aspecto curativo/reabilitador e o segundo ligado à prevenção.

É importante o conceito de generalista, pois “na medida em que se rotulam os profissionais como meros especialistas técnicos, eles

tendem a receber pouca autonomia, ou autoridade, além dos confins de sua especialidade”. (FREIDSON, (1996, p. 150)

Num momento de sua entrevista, F3 afirma:

Pra mim ser fisioterapeuta ele ultrapassa a a noção de.....de somente a área de saúde, a partir do momento que hoje a gente tem que o fisioterapeuta ele apenas não mais só trata, né? ele previne, então pra eu prevenir, eu tenho que ter contato com a realidade daquele indivíduo, com as outras pessoas que fazem parte daquele indivíduo, eu tenho outras áreas de atuação, então isso me permite assim.....a.....a tratar o físico, a compreender o mental, a compreender o aspecto social (F3, grifo nosso)

Em um estudo sobre a percepção do trabalho do fisioterapeuta com profissionais de saúde do PSF em João Pessoa, Novaes e Brito (2011) dizem que, em relação à identidade do fisioterapeuta, os entrevistados se referem como sendo um profissional diretamente ligado ao processo de reabilitação, desconhecendo a atuação nos outros níveis de atenção à saúde. Na verdade, entendemos que a fisioterapia está sofrendo um processo de transformação diante do discurso acima que trata a fisioterapia através de um entendimento amplo, porém direcionado da profissão.

4.2.3 A Satisfação em “Ser” Fisioterapeuta

Esta categoria leva a uma reflexão acerca do quanto o fisioterapeuta está satisfeito com sua profissão, quais os fatores que lhe influenciam o seu nível de satisfação.

Pensamos que a satisfação gera motivação, tornando-se um fator importante para a profissão. Nas entrevistas, a satisfação é nítida, no fazer, no executar, no estar com o paciente, em criar vínculos afetivos, mas o que mais nos chamou atenção foi o fato do reconhecimento e do pouco valor salarial aparecerem juntos a todos os outros fatores. Poderíamos no caso pensar em uma verdadeira satisfação quando não se tem reconhecimento e salários justos? Pensamos que o valor econômico do trabalho seria um dos maiores fatores motivacionais que leva à satisfação na atualidade, portanto, achamos que é uma utopia pensar em satisfação sem bons salários.

A fala de F5 nos remeteu à visão marxista do trabalho. No trecho grifado, fica claro que a relação trabalhista, voltada à remuneração, é algo, sem dúvida, que mais determina a satisfação com a profissão. A força braçal, como explicita a entrevistada, é uma força física que promove desgaste energético e, por vezes, o cansaço. Além desse tipo de desgaste, existe o emocional, pelo fato da aproximação comentada no item anterior.

*Eu sou muito satisfeita, eu amo o que eu faço, eu adoro tá junto com os pacientes, gosto do feedback que a gente recebe, né, da satisfação deles também em relação ao trabalho nosso e ...a o problema é essa parte inteira que nós somos trabalhadores braçais e assim como tal temos que trabalhar muito pra receber um montante e viver como mínimo de conforto. (F5, **grifo nosso**).*

Complementando a relação econômica e a satisfação em ser fisioterapeuta, F4 afirma: “*Insatisfação em relação a ser fisioterapeuta, não, eu tenho em relação a ao salário*” (F4, **grifo nosso**).

Parece que a palavra reconhecimento aparece constantemente atrelada à questão financeira, ou seja, se me reconhecem e se me pagam bem, fico satisfeita, como na entrevista de F1,

*Minha satisfação em ser fisioterapeuta, minha satisfação em ser fisioterapeuta, pessoal é muito grande apesar de eu achar que o reconhecimento da sociedade é pouco. (F1, **grifo nosso**)*

De fato, existe uma relação de complementariedade entre trabalho, salário e reconhecimento nas falas dos entrevistados. Poderíamos pensar que a soma do tripé seria solução para o que imaginamos ser satisfação e sua relação com a profissão e que, a partir disso, o sujeito se reconhecesse, e fosse reconhecido, como um profissional, realizando seu labor com satisfação. Para F7, o entendimento de satisfação está ligado a “dar o melhor de mim”:

[Silêncio].....é [.....] Poderia ser melhor, mas no momento eu me sinto, eu me sinto satisfeita porque eu dou, eu dou o melhor que eu tenho, então a minha satisfação é pessoal, por fazer o que eu sei fazer de melhor. É boa (F7)

Por vezes, o dar o melhor de si pode ser carregado de necessidade de autoafirmação, mas pode, igualmente, ser interpretado como vínculo com o coletivo, ao dar o melhor de si para o outro. Para Perrusi (2003), para que ocorra um processo de identificação, é necessário haver um conhecimento, mesmo que seja de si, pois o ser humano usa de sua cognição, faz uso de seus saberes, sejam práticos ou formalizados, adquiridos durante sua formação profissional, com o objetivo de que sejam reconhecidos e valorizados.

O reconhecimento identitário é um processo cuja formação estrutura-se num espaço de identificação, o qual está inseparável de outros espaços, incluindo os de legitimação dos saberes e das competências associadas às identidades profissionais. Portanto, o espaço da atividade profissional é o espaço de reconhecimento das identidades profissionais (PERRUSI, 2003.p 56).

O reconhecimento tem sua importância para o desenvolvimento das atividades profissionais, visto levar a uma motivação que impulsiona os atores a dinamizar suas práticas e a realizar seus afazeres dentro de uma perspectiva de felicidade e satisfação pessoal, garantindo essa legitimidade tão requerida pelos profissionais.

4.2.4 A Formação Acadêmica

Essa categoria busca a compreensão dos discursos sobre a formação acadêmica e como a mesma contribuiu para a execução das práticas agregadas no campo de trabalho. Todos foram indagados sobre estruturas curriculares, extensões universitárias, projetos de pesquisa, monitoria, estágios e sua contribuição para atuação no campo profissional.

*Eu acho que sim. A universidade em si promoveu a parte de conteúdo e a parte prática muito, o que eu acho que faltou foi mostrar a realidade profissional, essa correria, essa parte de estar no setor público e não ter os equipamentos que você tinha na academia, pelo ou menos essa parte de minha graduação foi muito assim, a gente tinha uma explanação muito grande de material para trabalhar com o paciente. (F12, **grifo nosso**).*

Durante a formação profissional é pertinente que o discente tenha vivências com realidades sociais diferenciadas, que possibilitem sua atuação como egresso desde um atendimento com precariedade de recursos até grandes centros dotados de infraestruturas. Talvez, seja interessante mostrar um leque de possibilidades de acontecimentos que “podem” surgir durante a vida profissional e que exigem uma tomada de decisões do sujeito para sua resolubilidade.

*Sem a formação acadêmica você não consegue ter uma visão inicial, não é? Porém com o passar do tempo você vai adquirindo experiência e vê que muito deixou a desejar, não sei pelo tempo, pouco tempo de conhecimento da produção de fisioterapeuta, é um campo ainda muito pobre de pesquisa, de inovações, de criações, então quando chega na graduação você vê que existe carências que as próprias informações acadêmicas são ainda vagas e se tu não pesquisa, se não estuda, não chega a lugar nenhum (F16, **grifo nosso**)*

A formação acadêmica revela que não existe uma fórmula que garanta uma formação completa. O trecho grifado, na fala de F16, nos remete a uma compreensão distorcida do papel da academia. É fato que a prática profissional, dentro do campo de trabalho, desenvolve competências que jamais serão vistas na academia, por serem situações imprevistas, levando à reflexão e à tomada de decisão imediata. Muitas coisas não são desenvolvidas, no âmbito acadêmico, por serem fragmentadas; os conteúdos disciplinares são transmitidos, em sua maioria, por uma metodologia voltada ao ensino tradicional, sem garantir reflexão e discussão sobre a vida pós-academia e, principalmente, a dinâmica dos acontecimentos leva a imprevistos impossíveis de previsão para o ensino universitário. O que deve ser enfatizado dentro do âmbito acadêmico é a necessidade de uma construção baseada na busca pelo saber, estimulando o discente para pesquisa e a reflexividade diante dos fatos, sendo o papel do docente fundamental para que isso aconteça. Dessa forma, como disse uma entrevistada:

*O que contribuiu para a minha formação foi a equipe de professores que eu tive, muito boa, muito boa, agradeço muito a eles, aprendi muito, porque o que eles me despertavam mais era a busca por conhecimento, a questão de “dar a vara para pescar” e não o peixe. Isso foi muito importante. E a prática? Foi muito bom, não tenho do que reclamar, é claro que sempre existe umas falhas, como o tempo que é pouco, devido a dinâmica da didática, mas no geral eu aprendi muito na prática, tivemos muitos campos de estágio e o meu máximo eu tentei dar em todos (F11, **grifo nosso**)*

Com o intuito de acompanhar o processo de transformação social, a academia vem tentando de forma acanhada modificar os seus conceitos de formação profissional, vinculada à produção de saberes. A metodologia, então tradicional, está ficando em stand by e dando lugar a uma mescla de metodologias ativas, baseada no estímulo à reflexividade e à participação ativa dos discentes na busca por suas necessidades. Neste sentido, o docente passar a ter uma responsabilidade social na formação do cidadão que adentrará no campo de trabalho com uma visão parcialmente construída na academia e que fará parte da reprodução de conceitos, porém, apesar da tentativa, algumas insatisfações surgem pelo fato de nada ser completo. Nas entrevistas, de todas as disciplinas e campos de estágios oferecidos, foi o estágio em unidade de terapia intensiva que deixou um gostinho de quero mais,

*Assim, teve muitas falhas, [.....] A questão da prática eu acho que ficou muito a desejar. Principalmente a prática em Pneumologia, paciente em UTI... Foi praticamente zero. A gente viu mais a teoria, entendeu? Mas a parte prática mesmo foi uma negação (F9, **grifo nosso**)*

*A grade curricular deu sustentabilidade para a minha formação profissional, só não contemplou bem a área que eu queria atuar, que era a UTI (F12, **grifo nosso**)*

*Acho que sim, agora como eu escolhi a UTI pra trabalhar, o conteúdo foi mínimo, a gente só teve um mês de estágio na UTI, mesmo assim foi a que eu mais me identifiquei pelo ambiente de trabalho, pela abordagem (F13, **grifo nosso**)*

Durante a formação profissional, os campos de estágios são diferenciados e permitem uma vivência diversificada. É durante os estágios que surge um direcionamento para as práticas profissionais, porém alguns dos campos vêm se fechando para os acadêmicos, como é o caso das UTI's. Atualmente, existe uma verdadeira luta de espaço para que os discentes possam vivenciar essa prática. O fato vem da UTI ser um espaço de regras e normas que surgem no sentido de garantir a preservação da vida daqueles que estão recebendo cuidados. Houve aumento no número de instituições de ensino, logo, de discentes que visitam a UTI, com finalidade de aprendizado, além do que é permitido. Dessa forma, para garantir que todos

adentrem nas UTI's, promove-se um esquema de rodízio entre grupos de alunos. Com isso, pelo tempo reduzido de atividades semestrais, há consequências negativas para o aprendizado, sendo impossível um melhor conhecimento na área.

4.2.5 O Reconhecimento Social da Profissão

Essa categoria pretende produzir uma discussão sobre reconhecimento, através da definição sociológica de reconhecimento. O questionamento sobre reconhecimento foi, sem dúvida, o que gerou maior inquietação nos entrevistados. Percebemos que havia sempre desconhecimento a respeito do termo reconhecimento e sempre havia a pergunta, como assim? Foi necessário sempre tentar deixar claro do que tratava tal ponto da entrevista para que a mesma acontecesse.

O reconhecimento é algo construído durante toda nossa vida, ninguém adquire um reconhecimento e permanece com ele, como algo fixo, imodificável e permanente, e sim a conquista diariamente, sendo assim algo dinâmico e mutável, em que e vários fatores contribuem para tal. O discurso de F4, por exemplo, traz a história da fisioterapia como sendo primordial para a conquista do reconhecimento:

É como a comunidade vê aquele profissional, quando fala eu sou fisioterapeuta, qual a relação que ela faz do indivíduo àquela profissão [.....] mas em relação a fisioterapia como ela surgiu como reabilitação na segunda guerra mundial, então se tem a ideia de que o fisioterapeuta é massagista até hoje, e só reabilitador, e não nos três níveis de atenção à saúde, é tanto que as vezes a gente tá atendendo um indivíduo e ele chega e diz “faz uma massagem aqui” aí eu digo esta técnica eu não utilizo, eu não gosto, essa técnica é uma das técnicas que a gente “pode” utilizar como recurso e esse recurso não é a praia, porque realmente eu acho que eu tenho trauma dessa relação de que fisioterapeuta é massagista (F4).

Como afirmaram Campos e Campos,

O entendimento da profissão é necessário para que se concretize alguma forma de reconhecimento. O reconhecimento da categoria sujeito, a não-dissociação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que as nossas práticas não operam apenas na dimensão da técnica senão somente a partir dela, mas que precisam de outras variáveis para permitir tanto o reconhecimento quanto o

desenvolvimento da autonomia, são fatores importantes para ganharmos em eficácia das nossas intervenções. (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 690).

Dessa forma se entende que o sujeito está imerso em uma pluralidade de fatores que contribuem para o seu reconhecimento. Esse entendimento se assemelha ao de F12,

Reconhecimento seria saber a importância da fisioterapia dentro da saúde, dentro do SUS e para o paciente. Acho que a fisioterapia não é muito reconhecida socialmente, tá deixando um pouquinho a desejar ainda, porque é uma questão histórica também, assim.....a gente não tem como.....o médico vários anos, a fisioterapia tem apenas 40 anos, não tem como ter o mesmo reconhecimento da medicina, da enfermagem que tá há muito mais tempo, apesar que eu acho que é uma profissão que cresce a cada dia. (F12).

A questão histórica e o tempo de profissão são essenciais para a construção de um reconhecimento, pois é difícil entender que uma profissão recente fosse mais reconhecida que uma que, ao longo de um tempo, vem construindo seus significados. A medicina de fato vem num processo de construção histórica há mais de três séculos, e a fisioterapia, apesar de ter seu início de forma empirista na idade média, passou a ser reconhecida apenas em 1969, isto é, há apenas 44 anos.

O que percebemos na fala de F12 é que a fisioterapia busca no seu processo de trabalho um reconhecimento através da valorização de suas capacidades, a otimização de um processo trabalhista que culmine em melhores condições de trabalho, atrelado a um retorno financeiro justo. É o reconhecimento de suas competências e a legitimidade coletiva como um compromisso social que leva a uma transformação profissional e não apenas as vantagens que são adquiridas ou reivindicadas pela categoria (DUBAR,1997).

Se pudéssemos quantificar o reconhecimento e colocá-lo em uma escala de valores, observaríamos que há dez anos muita coisa mudou até hoje, o quanto a fisioterapia evolui em seu reconhecimento; porém, reconhecer a si e ser reconhecido é algo que parte de uma subjetividade e de uma objetividade, construídas através de variadas percepções dos sujeitos e dos valores sociais, impostos aos sujeitos, respectivamente. Para F2, o reconhecimento,

*Tá melhorando...., embora, assim quando eu me formei em 2003 ainda não tinha tanto reconhecimento, né, tá melhorando, mas que acho que ainda tá numa fase de engatinhar. (F2, **grifo nosso**).*

Já para F3,

*Bem mais do que há dez anos atrás, ainda fica muito a desejar e algumas pessoas não sabem o que é a fisioterapia, acham que a fisioterapia é só massagem, mas de dez anos atrás pra cá deu uma melhorada considerável quão atuação do fisioterapeuta na sociedade. (F3, **grifo nosso**).*

Na entrevista de F2, o reconhecimento é tratado como algo ainda que está por vir, algo ainda não alcançado. O termo “engatinhar” nos remete a um processo em construção e que ainda precisa ultrapassar várias etapas para se constituir como algo verdadeiro e não fictício. A observação aparece também na fala de F3 quando se refere ao tempo como algo capaz de modificar as coisas. Houve, é certo, mudança no reconhecimento, embora ainda deixe a desejar. A associação entre fisioterapeuta e massagista (entendendo a importância do massagista) é um exemplo, produzindo incômodo entre os entrevistados, pois revela, socialmente, desconhecimento do papel ou do fazer da profissão. Para eles, como bem explicitado em F6, existe uma ligação entre o saber e o fazer, principalmente em relação ao segundo, e a existência ou não de reconhecimento. É também pertinente falar que a construção da trajetória profissional leva à diferenciação do reconhecimento.

O significado do termo reconhecimento na fala de F6 está voltado a questão de ser reconhecido socialmente. Assim, ele afirma:

*Eu acho que o reconhecimento social tá relacionado à como a sociedade vê o profissional e a profissão e tá um pouco atrelado a a.....a ao que você faz, ao que você é que, ao significado dado ao que você pratica, porque hoje a sociedade reconhece a necessidade da fisioterapia, mas eu não percebo o reconhecimento social da profissão, da classe, da profissão enquanto ciência, entendeu? Enquanto algo importante.....é como se fosse algo secundário na sociedade” [.....] “Muita gente pergunta, a.....fisioterapeuta? faz o que? As vezes não sabe nem o que é ainda, se fisioterapeuta é massagista, o que que a gente faz, onde é que a gente atua, se pode ou se não pode, as pessoas não têm noção do que é, entendeu?” (F6, **grifo nosso**)*

E, para F17, o reconhecimento também está relacionado à visão de que a sociedade tem do profissional, até mesmo, por exemplo, na discussão com o paciente sobre o valor do serviço fisioterapêutico,

Ser reconhecido mesmo pela sociedade por ter o seu devido valor e não de forma banalizada e trazendo para o âmbito da fisioterapia não sei se por questões de concursos públicos....as pessoas tendem a “negociar” muito principalmente pacientes domiciliares , é algo que você não vê o paciente fazer com o médico, eles cobram uma consulta de 200,00 e a gente cobra 50,00 numa sessão de fisioterapia e você fica ali com o paciente durante uma hora, aí é caro, não sei se pela prostituição da profissão, ainda falta perante a sociedade um conhecimento mais profundo da fisioterapia (F17)

Entender a necessidade de um profissional dentro do processo saúde-doença é entender a sua práxis, o que, na maioria das vezes, é obscura não só para quem precisa, mas também para o próprio profissional, que acaba por desconhecer seu fazer dentro do campo da saúde. O discurso de F6 liga a questão do reconhecimento à prática e à necessidade de fazer a sociedade entender a função da fisioterapia e o seu significado. Talvez, exista um vínculo entre a necessidade de conhecer a profissão e a necessidade de reconhecimento do profissional. Seria uma espécie de “conhecer para ser reconhecido”, como dito por F5, em sua entrevista:

*Primeira coisa é o conhecimento.....eu sei que quando uma criança adoece eu levo para o pediatra, eu sei que é esse profissional que é necessário naquela situação, assim como eu acho que os profissionais da área de saúde em geral deveriam ter consciência que em determinadas situações o fisioterapeuta é extremamente necessário e criar uma rotina e indicar a procura, é muito difícil, assim, ainda hoje você vê que o próprio cidadão ele não sabe quando a fisioterapia é indicada” (F5, **grifo nosso**)*

A questão de conhecer para reconhecer também está presente no discurso de F14, ao dizer:

O reconhecimento social deveria partir primeiro dos órgãos responsáveis para inserir o fisioterapeuta nos serviços de atenção básica, pois a partir daí o reconhecimento da sociedade também pra que quando eles comesçassem a ter mais acesso ter a experiência com a fisioterapia seria já um grande passo, então pra que a sociedade venha reconhecer primeiro ela teria que conhecer” (F14)

Já para F10,

“Essa questão de ser respeitado, né... Tipo um médico, vamos supor... Um médico chega num local, ele é “Doutor Fulano”, ele é bem respeitado. O Fisioterapeuta ainda não é muito. Pode melhorar, assim, pode ficar uma coisa melhor. Mas ainda tem que dar uma melhorada no reconhecimento”. (F10)

Lembramos que essa é a visão de quem está vivendo o não reconhecimento. Os fisioterapeutas formam um grupo profissional e, como tal, luta por um tipo de reconhecimento que lhe é peculiar, ou melhor, que é necessário à sua construção profissional ou de vida. Porém, haveria a necessidade de entender como os outros segmentos sociais percebem esse reconhecimento. Falamos das instituições, dos demais profissionais ligados ao campo da saúde e dos cidadãos que precisam dos fisioterapeutas. Tais segmentos poderiam ser peças importantes na construção do “quebra-cabeça” do reconhecimento.

Quando indagada sobre o que falta para o reconhecimento, F15 responde,

*Acho que cada profissão deveria ser mais unida e procurar lutar, cada uma pelos seus direitos, porque a gente fala assim, a medicina é bem reconhecida, mas eles são bem unidos e as outras profissões não, até porque eu tiro por mim mesmo, a gente busca pessoas que querem ser fisioterapeutas, querem ser enfermeiros, querem ser dentista, a gente busca, como é a profissão mais reconhecida na questão da qualidade, na questão da remuneração, então a maioria busca medicina, mas como fica mais difícil, tem a concorrência a gente vai pra outras áreas da saúde e aí eu acho que fica sempre aquela sensação de que poderia ser melhor, então esta questão da união dos profissionais, dos conselhos” (F15, **grifo nosso**)*

Seria então “a união faz a força”? Quando se trata de profissionais, a necessidade de reconhecimento passa por um coletivo e não por uma necessidade apenas individual. A afirmação “eu sou reconhecida profissionalmente” seria menos forte do que “a fisioterapia é reconhecida”, pois implica noção de grupo e de categoria profissional, logo, sugere força, como necessidade de união entre os pares e de todos os que contribuem para a construção de sua trajetória em busca de um reconhecimento.

4.2.6 Os Órgãos de Classe

A inserção no mercado de trabalho, por parte dos entrevistados, revelou queixas e dificuldades, provavelmente porque foi um momento de dúvida na vida dos profissionais. Outra discussão importante foi a atuação dos conselhos de classe (COFFITO e CREFITOS). Houve aqui quase uma unanimidade em relação à precária atuação dos mesmos, e percebemos a sensação de desamparo sentido pelos fisioterapeutas envolvidos nas entrevistas.

Muitas vezes, é necessária a percepção de que há uma relação de troca ao estarmos inseridos dentro de uma corporação. A definição de papéis é necessária para a complementariedade do sistema. Nas entrevistas, observamos que a maioria dos entrevistados rejeitou a participação dentro de uma corporação. Há a crítica de que a participação resume-se a “pagar” anuidade, como se fosse o único dever que estabeleceria os direitos. Seria assim uma relação de prestação de serviços, deixando de lado o “fazer parte” da categoria e o envolvimento necessário para a concretização de objetivos comuns, como melhorias profissionais, por exemplo.

Dentre os entrevistados, foi F7 que teve uma percepção diferenciada trazendo uma crítica ao comportamento distanciado dos fisioterapeutas em relação aos conselhos.

É a questão. O conselho, um órgão que dá a gente o direito de trabalhar, não é? A gente tem que reconhecer o conselho como..... Tem que valorizar a questão das anuidades, todo mundo fala que conselho é caro, não faz nada, mas não vai lá para ver o que que o conselho precisa, falam muito, reclamam muito, mas.....”(F7.)

Mais adiante, ainda afirmou:

Eu acho que são importantes, mas que precisam ter uma seriedade maior no papel que elas desempenham e que muitas vezes [.....] é.....por a gente desconhecer o real papel de como elas funcionam, pra que que elas servem, o que que elas fazem, a gente acaba se distanciando e a gente olha pra esses conselhos apenas como um local que a gente precisa digamos.....estar cadastrado pra poder realizar sua profissão”. (F7).

Essa mesma percepção de distanciamento, de não participação e, ao mesmo tempo, de pertencimento, aparece no discurso de F4:

Conselho de classe eu posso falar de cadeira porque já participei do conselho, já participei da associação e vejo que existe uma grande lacuna de distância entre os conselhos de classe e os fisioterapeutas, culpa das entidades, não. Culpa do próprio profissional que não procura conhecer quais são as entidades que fazem parte do que ele é associado, então muitas vezes você quer renovar as figuras e não aparece alguém que queira assumir, então fica uma grande lacuna.....é.....de ação dessa parte das entidades de classe e do conhecimento por parte dos fisioterapeutas. Espero que isso diminua com o tempo na medida em que os conselhos sejam mais participativos, a associação seja mais participativa, as cooperativas e as entidades de classe tentem buscar essa aproximação como os fisioterapeutas. (F3)

Num momento de desabafo sobre a atuação dos conselhos, F5 diz:

Pra que eu tenho os conselhos, os sindicatos, as entidades se elas não conseguem unir a classe num benefício comum? (F5)

Já para F12:

Ele tá servindo, mas é mais a relação de cobrança financeira mesmo, teria que lutar junto pela profissão, teria que criar fóruns para mostrar a importância da fisioterapia em hospitais junto com os próprios fisioterapeutas, mostrar aos planos de saúde que aquele valor que a gente recebe não é suficiente, porque os conselhos e os sindicatos são quem está no patamar mais próximo de mostrar ao SUS, aos gestores que a fisioterapia é importante, que necessita na atenção básica. (F12)

Os sindicatos, os conselhos, as associações e as cooperativas surgem como órgãos que têm como principal objetivo lutar por melhorias de trabalho em todos os âmbitos para uma determinada categoria. Os entrevistados acusam os órgãos de serem puramente mercantilistas, voltados apenas para a arrecadação de anuidades. O tema da “a união faz a força” reaparece e serve para criticar os órgãos de classe. A união seria primordial para a categoria. Esse discurso aparece com nitidez nas entrevistas. Por exemplo, quando F11 afirma:

Vem melhorando bastante, mas ainda precisa melhorar muito mais, principalmente por essa questão de brigar, de lutar por nossa classe, em concursos, que não respeitam nossa carga horária e principalmente pelo nosso piso que já era pra ser aprovado de R\$ 4.600,00 com carga horária de 30 horas/semanais, porque ainda existe concurso que a carga horária vem com 40 horas/semanais e é uma briga com o gestor quando você toma posse, eles não entendem que o profissional fisioterapeuta, desde o governo de Itamar Franco já tem carga horária máxima de 30 horas/semanais, sem falar na questão dos convênios, que eu acho um absurdo.....o valor de cada sessão é muito pouco, super, mega, hiper defasado” (F11)

A questão salarial e a carga horária da categoria surgiram como o maior desafio para os conselhos e sindicatos. A garantia dos direitos foi um problema para aqueles que participaram da pesquisa, gerando uma insatisfação quase unânime perante a atuação dos órgãos de classe. Para os entrevistados, no papel tudo era perfeito, mas não eram mais decisivos, nem lutavam tanto por seus direitos. Foi observado durante as entrevistas que um dos maiores anseios dos entrevistados é pela garantia de um piso salarial²⁸ justo. O que leva uma categoria a se privar de um direito básico depois de mais de 40 anos de surgimento? Pensamos que, agregado à ausência de vontade de lutar, está a falta de força política para que a profissão alcance seus objetivos.

4.2.7 A inserção no campo da Saúde

Um dos momentos mais desafiantes na vida de um profissional é sua formação. Nesse momento, a saída da academia para o enfrentamento da vida profissional promove, por vezes, um desconforto e uma incerteza em saber como será enfrentado os desafios na profissão. Vários são os desafios dentro do novo campo profissional, dentre eles a falta de estrutura, a competitividade e os baixos salários. Para Bardagi *et al* (2006), existe uma insegurança dos alunos no final do curso em relação à inserção no mercado de trabalho, onde a maioria sente dificuldades concretas em conseguir uma “vaga”. Por isso, esse tópico pretende entender como está sendo a

²⁸ O piso salarial do fisioterapeuta é estipulado em cada estado da Federação, através de seus sindicatos. Alguns estados tem o seu piso salarial definido, como no caso do Rio de Janeiro (R\$ 2.047,58), Recife os dados de setembro de 2013 mostram um piso inicial é de 1065,00 no primeiro ano, passando para 1.168,00 (de 1 a 2 anos), 1.265,00 (de 2 a 3 anos) e 1.374,00 (acima de 3 anos) (CREFITO 1, 2014).

inserção do fisioterapeuta dentro do mercado de trabalho em João Pessoa, com o objetivo de refletirmos sobre o que o mercado está lhe oferecendo.

*Eu acho que estou dentro do espaço, apesar de existir muita competitividade, existe aqueles que olham pra você diferente porque você se dá bem em algumas partes, as vezes porque você tem um emprego que ganha um pouquinho mais (F12, **grifo nosso**)*

A competitividade é algo que nos cerca desde o início dos tempos, alcançando várias dimensões na vida de um sujeito, seja na vida pessoal, profissional, como meio de sobrevivência e *status* social; porém, seria a “competência” que distinguiria os membros de um grupo profissional ao adentrar em um mercado de trabalho fechado, controlado pela elite do grupo e com reconhecimento social do Estado.

*Eu vejo que eu posso ir mais além, até porque o contexto de saúde que eu me identifico muito, além de saúde do idoso, saúde coletiva e são áreas muito abrangentes, eu gosto muito da área de saúde do trabalhador e aqui o mercado de trabalho em João Pessoa a gente ainda tem um pouquinho de restrição (F2, **grifo nosso**)*

A “entrada” só seria possível a partir do desempenho e da demonstração de capacidade dos profissionais, ou seja, eles deveriam estar habilitados para a execução de suas tarefas. Haveria, então, uma obrigação de adequação ao modelo profissional. Enquadrar-se ao modelo implica, assim, a assumir estereótipos, reproduzindo mecanismos de legitimação da profissão. A adequação ao modelo facilitaria o acesso aos empregos, porque implicaria a interiorização e a reprodução, ao longo do tempo, das regras do mercado de trabalho (TRAPIER; DAMIEN, 1994).

Pode-se observar melhor tal discussão, examinando a seguinte entrevista:

Eu vejo hoje que a fisioterapia ocupa um lugar de destaque e, apesar de que ainda precisa melhorar muito, em relação ao reconhecimento, é o reconhecimento profissional. Ela está em evidência em muitos campos dentro da área de saúde, mas o retorno, é, ainda não é um dos melhores, pelo valor que a fisioterapia tem dentro desse campo da área de saúde.

Entrevistador: Que tipo de retorno você fala?

Eu tô falando do retorno financeiro mesmo, é um trabalho braçal, um trabalho de dedicação, um trabalho que você, é [.....] Realmente cansa fisicamente e o reconhecimento financeiro não é proporcional a esse trabalho que você oferece. (F7)

No discurso de F7, a fisioterapia produz um serviço manual, com exigência de força de trabalho árdua e desgastante. A remuneração deveria ser atrelada a esse fato e a essa composição de trabalho. O valor de uma profissão vem de um conjunto de atributos que lhe são inerentes. A motivação e o reconhecimento estão diretamente ligados à remuneração salarial, que tem extremo valor para a vida profissional. Outro fator que, segundo F17, influenciaria a inserção no campo da saúde seria a especialização,

Complicado!!! Perto de concluir a faculdade eu também conclui uma especialização, então eu achava que eu já ia concluir de cara porque não todo mundo que ia concluir com uma especialização, foi uma minoria e para entrar no mercado as vezes é preciso ficar subordinada a determinadas situações porque você precisa mostrar o seu trabalho para ser conhecida, então a gente começa a trabalhar em clínica pequena, o salário é curto, é muito pequeno, não querem assinar a carteira e aí você vai devagarinho, mas foi muito complicado e eu confesso a você que até hoje se eu quiser mudar eu também acho complicado.....

Entrevistador: Mudar em que sentido?

Por exemplo eu fico meio expediente clínico e meu outro expediente são pacientes domiciliares, mas se eu quiser ir pra outro lugar fixo novamente é como se eu precisasse voltar um pouquinho e começar tudo outra vez, é porque o mercado daqui ele é super-lotado. O profissional que sai da faculdade ele sai topando qualquer negócio e um profissional que já está a alguns anos na frente ele não vai mais baixar a cabeça, topar qualquer negócio (F17).

Para Sá-Chaves (2002), a especialização traz por um lado a fragmentação do conhecimento e, por outro, a busca de novos saberes e uma nova produção de conhecimento em uma área específica, colaborando para a entrada no mercado.

Em outra perspectiva, F17 apresenta a mudança de local de trabalho como uma dificuldade, como se tivesse que voltar no tempo, recomeçar uma vida produtiva, perder todo o tempo e tudo que havia conquistado até o momento. O “novo” não seria possível pelo medo, e o comodismo tomaria conta da vida. Aquela fase de “qualquer coisa serve” que parece estar nas entrelinhas do discurso, referindo-se ao início da

vida profissional, já não estaria nos planos de vida daqueles que, de certa forma, tinham uma “estabilidade”.

Para Brandão (2001), dentre as várias dimensões sociais, as quais o ser humano está envolvido, a atividade laboral é, sem dúvida, de fundamental importância para a vida, visto atender às necessidades humanas.

4.2.8 As Inter-Relações no Campo da Saúde

A luta e os conflitos são no campo algo indiscutível. O lugar de cada agente é conseguido não só pela busca de capacitação, ou melhor, por acúmulo de capital cultural, mas também por outros fatores que podem influenciar na posição de cada indivíduo, como *status*, influências, dentre outros.

Sempre estamos em constante busca pelo crescimento profissional. Aos poucos, subimos mais um degrau da escada que nos leva a um patamar diferenciado dos demais. Seria, talvez, a nossa dita realização profissional, quando conseguimos galgar caminhos, onde nem todos passam. Se sentir parte de um campo, é se perceber como alguém importante dentro do processo de construção da atividade profissional, é conseguir acompanhar a dinâmica do campo e transitar livremente por ele, reconhecendo e sendo reconhecido, através das inter-relações sociais e profissionais que permeiam o processo de construção do campo, apesar de que não há uma homogeneidade em relação à empatia, visto a diferenciação entre os sujeitos, decorrente da diversidade de *habitus*, o que reflete diretamente no trabalho em equipe.

Para Goffman (1983, p 99), “[...] uma equipe é um grupo, mas não um grupo em relação a uma estrutura ou organização social, e sim em relação a uma interação”; nesse sentido, como diz F3:

Minha relação com os colegas fisioterapeutas é muito boa, a não ser com raras exceções, e isso acontece em toda categoria profissional, dentro da medicina, da odontologia, nem todos somos amigos de todo mundo, mas minha relação profissional com todos é muito boa (F3, grifo nosso)

E continua o discurso dizendo,

*Com o pessoal da outra área de saúde ainda é melhor, por incrível que parece sou mais respeitado fora do que com o próprio pessoal da fisioterapia, talvez pela luta de espaço, de campo de trabalho. (F3, **grifo nosso**)*

Para F12, o discurso é semelhante,

Eu não tenho relação com fisioterapeuta, tenho com outros profissionais e é boa, principalmente com enfermeiros e psicólogos. Apesar da boa relação você vê que um quer ser melhor do que o outro. (F12)

Ou ainda, como se refere F4:

Complicado, porque a categoria é muito desunida, o fisioterapeuta com o fisioterapeuta, então até mesmo quando a gente ver que existe uma luta de categoria por melhorias, sempre vai ter um grupo que não recua, ou não entra em greve, vai por trás e oferece um serviço, como no plano de saúde que todo mundo tá querendo um aumento naquela tabela, então não vamos atender dia 20, o que acontece? tem sempre um grupo que atende e ainda vai por trás oferecer um serviço mais barato, então essa postura da nossa categoria a torna muito fraca [...] Eu realmente não vejo uma boa relação com nenhum deles, porque cada um está puxando a sardinha para o seu lado” (F4, **grifo nosso**).

Dubar (1997) mostra que a maior parte dos indivíduos tem dificuldade de relação com seu grupo, identificando-se mais com os outros grupos, principalmente com aqueles que são mais prestigiados. Outra questão é a trajetória e a conquista de autonomia que ocorrem, de forma diferenciada, entre as profissões, mesmo naquelas onde há uma ideologia comum e a presença de uma identidade coletiva, podendo levar até mesmo a questionamentos do próprio grupo (Bonelli, 2002). Por vezes, pode acontecer que os envolvidos no grupo lutem pelos mesmos problemas profissionais e, mesmo existindo uma solução satisfatória para os problemas, acabam não colocando a solução em prática e postergam o problema para diante. Esses problemas são apresentados ao indivíduo já na sua entrada nas redes de funções sociais, e a falta de resolução leva a um desenvolvimento deficitário da profissão a longo prazo (ELIAS, 2001).

Os entrevistados problematizam sobre as relações que desenvolvem dentro do seu campo de trabalho. Pensamos numa relação de não proximidade, conflituosa e de disputa, mesmo pertencendo à mesma categoria e tendo objetivos semelhantes,

que pode acontecer quando indivíduos de interesses em comum se deparam com a possibilidade de mercado escasso, travando uma verdadeira luta na intenção de ocupar posições mais privilegiadas. Em relação a outros profissionais, pensamos que o fato de cada um ter um fazer diferenciado possa levar a uma relação mais harmônica e mais produtiva; porém, para alguns, mesmo todos exercendo seus papéis, existe um certo incômodo em relação ao poder que um pode exercer sobre o outro, como no discurso de F7.

Eles sempre quiseram (médico), é tá acima de todos os profissionais de saúde, agora de uma forma mais branda, mais sutil, mas sempre oferece esse tipo de sobreposição de querer ter o domínio e o poder sobre o paciente e, só que agora é menos na cara, como se diz, eles tentam, é, colocar panos quentes, não entrar em conflito direto, mas isso existe e tá aí o ato médico que o diga” (F7, grifo nosso)

Na entrevista de F12, isso também fica claro quando se refere à relação entre o médico e o fisioterapeuta no mercado de trabalho, revelando uma queixa de desrespeito quando questionado sobre a relação de trabalho entre as partes,

Tem alguns médicos que respeitam a nossa profissão, respeitam o nosso tratamento. Mas tem muito médico ainda que quando faz uma solicitação, ele preenche na solicitação o que a gente tem que fazer, tá entendendo? E aí a gente faz uma avaliação, como você bem sabe, e a gente vai ver o que a gente vai usar... Que recurso... Como vai atuar. Ainda tem muito médico que faz isso, sabe, hoje em dia. Bota como se a gente fosse fazer do mesmo jeito que ele mandou a gente fazer. (F12, grifo nosso)

Pesquisadora: Como você vê isso?

Autonomia né?! Tira a autonomia da gente, de você poder fazer uma avaliação fisioterapêutica e traçar seu tratamento, né?... Acho que tira muito a autonomia. (F12)

Para Foucault (1975), há que se entender como são organizadas as relações de poder no campo da saúde, dentro de cada contexto histórico, para definir a posição de cada profissional no campo. A posição no campo ainda nos remete também a questões de poder e, ressaltando os diversos patamares existentes em um campo, esses no não apenas sentido de hierarquia, como em Bourdieu (1983) mas de uma teia social, que se complementa e que é necessária para compor o campo em sua totalidade, como para Elias (2012)

A questão do poder de um profissional da saúde em relação a outro, o domínio dentro do campo e os conflitos, como no discurso de F7 e de F12, traz à tona toda a discussão sobre o Ato Médico e suas repercussões dentro do campo da saúde. Nos discursos, o saber do médico aparece como hegemônico, ao deter um poder e uma legitimidade acima dos outros profissionais, criando relações de subordinação e de desvalorização profissional. Será assim perpétuo esse poder? Silva (2006/2007) fala do poder como algo transitório, que se apresenta no cotidiano através das circunstâncias que surgem para que ele se faça presente, ou seja, não é algo contínuo nem visível.

Seria pertinente que houvesse um entendimento por partes daqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença sobre a transição do modelo biomédico para o biopsicossocial, com o intuito de revisar o papel atribuído e o exercido por cada sujeito dentro do campo da saúde, pois existem peculiaridades que são inerentes aos sujeitos, diferenciando-se dos demais profissionais pela sua composição, função e pelas suas tarefas que devem ser centradas no paciente. Para um funcionamento que traga consigo essa responsabilidade, é necessário que se conheça o modelo filosófico da instituição, que tenha uma familiarização com as contribuições de cada categoria profissional e o reconhecimento do entrelaçar dessas formas de atuação, além de estipular os objetivos a serem alcançados, comunicar-se de forma contínua e respeitosa, cooperando e colaborando para um atendimento integral e com respeito às individualidades (QUEIROZ; ARAÚJO, 2009). Porém, para F4, esse entendimento está muito distante, haja vista que, para que aconteça, faz-se necessário que a equipe tenha um ao outro como uma referência na produção de cuidados,

*Até mesmo as pessoas de nível superior elas não tem a referência do papel do fisioterapeuta dentro de todo o âmbito da saúde, ou seja, voltando lá aos três níveis de atenção à saúde. Se você for conversar com um médico ele não imagina que um fisioterapeuta possa atuar na saúde da mulher, na saúde da criança, na saúde do idoso, ele só consegue visualizar o fisioterapeuta como reabilitador.(F4, **grifo nosso**)*

E completa, colocando a formação acadêmica como uma das culpadas por não existir esse conhecimento da *práxis* do fisioterapeuta,

*O grande problema que eu vejo foi nossa formação acadêmica que foi voltada apenas para reabilitação. Eu acho que a profissão que tem espaço dentro da saúde é a medicina, os demais hoje, arengam, brigam, lutam por esse espaço, tá todo mundo tentando mostrar sua capacidade, aonde eu posso atuar, que eu posso atuar nesta área sem reduzir a área da medicina, que é o grande perigo, é perder o lugar. Então existe hoje uma luta da categoria e das demais categorias por este espaço, mostrar serviço, mostrar que é capaz, mostrar que eu tô atuando sem tomar o espaço de ninguém e existe também, as vezes, a disputa entre educação física e fisioterapia, hoje arengando pelo pilates, quem vai ficar, ou seja, a área é dos dois, a cinesioterapia laboral é área para os dois, mas fica todo mundo querendo aquela área só pra ele e que, fora isso, existe a briga maior que é com o médico, mostrar a ele que eu posso atuar ali sem tomar o espaço dele, que ele vai continuar no espaço dele e eu vou naquele momento fazer o meu trabalho. (F4, **grifo nosso**)*

A saúde é composta por diversos atores, todos carregados por suas subjetividades, e que precisam se situar para que esse campo se concretize. Esse “situar-se” dentro do campo significa saber qual é o seu papel, qual é a sua práxis e a de todos os outros que, com eles, dividem o campo, pois a definição de papéis e a permuta de saberes promovem uma dinâmica que favorece a coletividade, ou melhor, o bem comum.

Dessa maneira, discutir sobre a distribuição de capitais, *habitus*, campo social e ocupação do espaço social dentro do campo é debater sobre a luta dos atores sociais dentro do campo, que necessita de um trabalho de ação política, a fim de definir e redefinir os papéis sociais, como para Bourdieu que, ao apresentar estudos sobre a reprodução de classes e como se transfere as heranças distintivas nas sociedades contemporâneas, diz ser possível fazer uma "omelete social"; para isso, ressalte-se, deve existir um trabalho político de construção da ação coletiva com o sentido de luta de classes (AZEVEDO, 2003).

4.2.9 Se Faria Fisioterapia Outra Vez

Quando perguntado a respeito de ter uma nova oportunidade de voltar o tempo e reescrever sua escolha profissional, os fisioterapeutas foram firmes em suas respostas. Dos 17 entrevistados, quatro disseram que não fariam fisioterapia outra vez, dois disseram que "talvez" e onze disseram que escolheriam novamente a

fisioterapia como profissão. A seguir, algumas entrevistas permitem um melhor entendimento do dessa questão, construída a partir da necessidade de uma afirmação dos fisioterapeutas em relação a sua satisfação com a profissão.

Eis alguns exemplos:

*Não, faria não, porque eu acho que como eu sei hoje que eu tenho uma capacidade adaptativa grande, eu talvez escolhesse um outro curso que me desse mais retorno, que eu conseguisse consolidar mais os sonhos que eu tenho hoje somente com aquela profissão, como foi o caso do curso de direito que eu comecei e não levei a frente, não levei a frente por uma escolha pessoal, mas hoje eu vejo que eu teria conseguido e talvez tivesse alcançado pontos maiores (F1, **grifo nosso**).*

*Se eu tivesse ouvido a minha mãe para ter ido pra área do direito, será que não estaria melhor? será que não teria mais reconhecimento social? ou será que todas as áreas estão passando por todo esse processo de saturação e necessidade de correr atrás de mais melhorias pra poder se destacar de se manter no mercado de trabalho. São questões que ficam no será.....Será? (F2, **grifo nosso**)*

*“Não, não [risos] eu seguiria na medicina, que é o que eu estou pretendendo fazer” (F15, **grifo nosso**)*

O retorno econômico a partir do trabalho apresenta, no nosso entendimento, abertura à satisfação e à motivação com a profissão. Imaginemos, no caso, passarmos anos a fio debruçados em estudos e gastos financeiros para depois adentrarmos numa profissão em que existe precariedade, na qual o que se ganha não dá para comprar o que é necessário, dentro do entendimento de cada pessoa. Dessa forma, poderíamos imaginar uma frustração com a profissão? Acharmos que as entrevistas, de certa forma, mostram a presença de frustração, pois o tempo não volta e, apesar de estarmos sempre numa dinâmica de vida, não temos as energias de outrora. Pensar que outro curso poderia lhe trazer uma “vida melhor” só torna mais complexa ainda a necessidade de “aceitar” ter escolhido a fisioterapia e não o direito ou a medicina.

O direito e a medicina estão sempre no topo dos cursos, ainda garantem *status* e prestígio social, mesmo diante da gigantesca abertura de vagas em Instituições Privadas de Ensino Superior (maior no caso do direito), que saturam o mercado e levam a subempregos. Mesmo diante de tal fato, a questão do “passar” para medicina

ou direito já confere ao indivíduo posição diferenciada em relação aos demais, colaborando à construção social baseada na diferenciação de saberes.

Porém, para outros, a profissão é abraçada e acolhida e, como consequência, todos os seus problemas e conflitos, mas a escolha profissional perpassa por vários fatores que acabam interferindo no processo de coesão com a profissão. Alguns em suas falas, por motivos diversificados, mostraram que, mesmo diante de todas as dificuldades, a fisioterapia ainda seria a profissão de sua escolha.

Eu não me vejo fazendo outra coisa que não a fisioterapia, poderia até tá fazendo outra coisa devido a.....financeiramente, mas acho que não estaria realizado não, sou muito realizado com a profissão.
(F3, **grifo nosso**)

Faria, mesmo com todas dificuldades financeiras que a gente enfrenta, eu faria, porque eu realmente fiz por paixão, tiveram algumas coisas marcantes na minha vida que me fizeram fazer, mas não estimularia meus filhos a fazer” (F4, **grifo nosso**)

Outra vez, estamos diante da questão financeira como ponto crítico da fisioterapia. As entrevistas mostram que, mesmo diante deste tipo de dificuldade, a fisioterapia seria a escolha profissional. Perguntamo-nos: será possível haver satisfação, motivação e amor pelo que se faz se não se tem um retorno financeiro? E por que não estimular os filhos a fazerem se há tanta satisfação? Assim percebemos que as falas são inconsistentes no sentido de “paixão” pela profissão, no sentido de uma escolha “certeira” na vida profissional. No nosso entendimento, é comum que, ao sentirmos satisfação pelo que fazemos, estimulamos outras pessoas a escolherem nossa profissão, inclusive nossos filhos. A dúvida surgiu em duas das entrevistas, em que o “talvez” ganhou sentido de “não”, o que sugere insatisfação e “fazer” outra coisa é a certeza dessa dúvida.

Deixa eu pensar.....Se fosse para escolher novamente, talvez eu não escolhesse fisioterapia (silêncio) se eu for pensar assim.....na minha felicidade sendo fisioterapeuta, eu amo, agora eu também tenho consciência que se eu fizesse qualquer outro curso que me remunerasse bem, eu também amaria, até porque você só vai escolher algo que você se identifica. (F5, **grifo nosso**)

É uma pergunta difícil, assim, porque... Eu gosto muito do que eu faço, tá entendendo? Eu gosto de ser Fisioterapeuta... Mas, assim, eu sei que foi tão difícil pra eu conseguir... E as vezes eu penso que se eu tivesse escolhido outra coisa, outro curso, quem sabe não seria mais

fácil e hoje eu estaria melhor, entendeu? De vida... as vezes eu tenho essa dúvida. (F9, grifo nosso)

Você estimularia os seus filhos a fazerem?

Não, não... De jeito nenhum.

Por quê?

Pela dificuldade que é, entendeu? De ser, de reconhecimento, a questão financeira... (F9)

[Silêncio] eu não sei.....talvez sim porque eu aprendi muito, principalmente em relação a ter paciência, a saber escutar, a mudar o meu perfil, a minha personalidade (F10)

Dessa forma, exceto no caso dos que não responderam de maneira firme e coerente, os demais mostraram uma insatisfação financeira. Além do mais, não desejar que os filhos sigam a mesma carreira, mostra a certeza do profissional da ausência de reconhecimento social e da dificuldade de se inserir no mercado, atrelado ainda à baixa remuneração conferida à profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanta ânsia de chegarmos até aqui, mas agora vem a dificuldade do “acabar”, talvez pelo fato de nada ter um final, principalmente em se tratando da questão da trajetória como algo contínuo e dinâmico. E agora? Como discorrermos tudo que foi vivido até o momento? Sim, até o momento, pois muita coisa ainda está por vir e a sensação de que são necessários estudos posteriores, fica entranhada em nós. Porém, temos que terminar a tese como um momento de recebimento de um grande troféu, não por subir mais um degrau da academia, mas por ter vivido intensamente os momentos de sua construção, um momento de transformação dentro de nós, que nos faz viver novas coisas, leva a uma nova construção do nosso *self*, baseado na diversidade de fatos sociais que nos cerca, sem falar no que foge do campo das emoções -- o lado da práxis diária, o labor que nos faz cansar, chorar e até pensar em desistir; porém, tentamos ser leais a todos os nossos papéis. Mas chegamos e agora temos que expressar, através do nosso entendimento, o que nos ficou sobre a trajetória do grupo profissional que faz parte da construção da saúde e, dessa forma, contribui para a dinâmica social: os fisioterapeutas. Começamos então a discorrer sobre os pontos que destacamos como primordiais para nossa análise e que fez parte dos nossos objetivos: a construção das trajetórias do fisioterapeuta na Paraíba, especificamente em João Pessoa; o reconhecimento e as inter-relações profissionais. Vale salientar que não estaremos dispostos a produzir conclusões sistemáticas do nosso estudo; contudo, vamos nos permitir analisar e tentar compreender os fatos do presente momento, sabendo que, mesmo os próprios discursos, são passíveis de influências do local, do momento individual de cada entrevistado, de sua situação atual que os deixa mais, ou menos motivados, para falar e para expressar seu contentamento / descontentamento, seu encantamento / desencantamento pela profissão.

Traremos o início da construção profissional como ponto inicial de nossa discussão. Pensamos que tal momento é um divisor de águas na trajetória profissional de um sujeito, já que é nele onde o sujeito adentrará um novo campo de saber e que lhe proporcionará uma base de fundamental importância à aquisição de um legado profissional. Também nesse momento, discutiremos acerca da vocação profissional.

Iniciaremos por alguns questionamentos: um dia, termina o ensino médio e eis a questão: parar ou continuar? Caso tenha continuação, fazer que curso diante da diversidade de profissões? O que cada uma delas faz? Quanto ganha? Tem *status*? Algumas dessas perguntas estão presentes na vida daqueles que almejam um curso superior; afinal de contas, faz parte de um projeto de vida e, como “projeto”, é preciso pensar, entender, construir e se valer dele para viver. No nosso entendimento, o momento é permeado de dúvidas, influências e vivências e a escolha da profissão é fato marcante em sua trajetória de vida. No tocante a escolha da profissão, para os entrevistados, os discursos beiraram a homogeneidade, em que praticamente todos disseram querer a área de saúde e ser a medicina sua primeira opção de profissão. Para alguns, a vivência familiar, seja ela vinculada ou não ao processo de reabilitação, também teve peso na escolha. O *status*, no caso, não foi a mola propulsora para a escolha, nem tão pouco a paixão pela profissão; na verdade, a maioria disse que sentiu paixão apenas durante o curso e, principalmente durante as práticas, onde o cuidar na fisioterapia era relevante. Porém, o cuidar não estaria ligado mais ao sujeito do que à profissão? Pensamos que o “gostar” em cuidar pode estar presente em alguns sujeitos e, se assim, em qualquer lugar ou em qualquer atividade, o cuidar estará presente. O universo do campo acadêmico permite a reprodução da construção da trajetória profissional, através da oportunidade de vivenciar uma pluralidade de representações e ações que interferem no processo de socialização individual. Os discursos se diferenciaram quanto ao tempo de formação, em que a maior parte dos que tiveram sua formação, baseada nas estruturas curriculares iniciais, referiram dificuldades de adentrar no mercado de trabalho, pela ausência de conhecimentos que deveriam ser oferecidos durante a formação acadêmica, diferenciando-se dos que tiveram a formação a partir de novas estruturas curriculares. Inferimos que os currículos iniciais tinham um ensino baseado mais numa formação tradicional em saúde, com estruturas curriculares dispostas em disciplinas fragmentadas e práticas compartimentadas, promovendo a verticalização dos conteúdos oferecidos, levando para alguns a “não mostrar a realidade da profissão”, onde não havia uma preocupação com a diversidade de informações necessárias para a prática no campo, tendo que, como um profissional disse, “correr atrás” do que ficou em falta na academia. Isso ficou nítido através da análise das estruturas curriculares, num comparativo entre as estruturas iniciais e atuais dos cursos de fisioterapia oferecidos

em João Pessoa, que teve sua importância, no sentido de entendermos o processo de reestruturação que os cursos vêm passando, possibilitando a desconstrução de um sujeito mecanicista em suas práticas. Entendemos que há um direcionamento por parte, principalmente do sistema acadêmico, de “construir” no sujeito uma reflexividade diante de suas práticas e uma criticidade como forma de discutir o mundo e o seu campo. Esse direcionamento permite que a fisioterapia participe desse novo discurso do campo da saúde, que traz o sujeito como foco principal do processo, e não a doença.

Em se tratando do reconhecimento, ele é parte das diversas necessidades que o indivíduo tem em toda sua trajetória de vida, seja pessoal ou profissional, fato que ficou bem claro durante os discursos. Nas entrevistas, os fisioterapeutas falaram do reconhecimento como uma necessidade básica para qualquer tipo de atividade e atrelaram a ausência de reconhecimento às seguintes questões:

- **A questão salarial** (diferenciada significativamente dos demais profissionais da saúde), trazendo a questão das sessões de fisioterapia e das consultas médicas, onde existiria uma necessidade por parte do indivíduo doente ou de seus familiares de “barganhar” o preço da sessão de fisioterapia, onde se passa em torno de uma hora de atendimento e aceitar de uma forma natural, uma consulta médica em torno de duzentos a trezentos reais, onde o paciente passa entre quinze a vinte minutos. Existiria um preço para cada tipo de saber? O que há nas entrelinhas deste contexto? Pensamos ser necessário estudos que permitam entender como a sociedade se apropria deste entendimento, o que não foi objeto de nosso estudo, porém nos causou inquietação. Outra questão em relação a parte econômica foi a ausência de um piso salarial na Paraíba, visto que em outros Estados já existe um piso definido. A definição de um piso permitiria um trabalho justo com remuneração compatível e de certa forma, garantiria uma diminuição das assimetrias profissionais. Ainda outro ponto foi o pequeno número de vagas ofertados nos concursos públicos em comparação com a medicina e a enfermagem, o que dificultaria a entrada do fisioterapeuta no setor público, levando alguns a procurarem cursinhos para concurso em diversas áreas, a fim de garantirem o “certo”. A maioria relatou não ter como viver dignamente com a remuneração que recebem,

principalmente pelos planos de saúde, vivendo de uma renda compostas por todos os membros da família e mesmo assim tendo que trabalhar muitas horas e em vários locais para tentar ter uma renda melhor.

- **Ao não conhecimento da profissão**, talvez, segundo a maioria, por ser uma profissão recente, haja vista que em relação à medicina, somos um “bebê”, trazendo a questão de “tempo” de profissão como fator importante para o reconhecimento, ou seja, para eles quanto mais antigo, mais reconhecido.
- **A dificuldade de acesso ao fisioterapeuta pela população**, talvez pelo mesmo ter seu campo ainda limitado ao processo de reabilitação, principalmente em clínicas particulares e pouca participação nos setores públicos, haja vista, a questão dos concursos públicos visto anteriormente e a ausência de obrigatoriedade da participação do fisioterapeuta nas equipes de saúde, o que gera um certo desconhecimento de sua *práxis* pela sociedade em geral, o que é percebido também quando o mesmo é comparado ao médico ou ao educador físico.
- **A falta de divulgação da profissão** como mercadoria, de seus produtos e de quanto eles são importantes para a sociedade e para público da saúde que compartilham com eles o cotidiano da profissão, permitindo a compreensão do “Fazer” do fisioterapeuta, o que recai sobre a questão da inserção nas equipes como dito anteriormente. Esta divulgação foi atribuída como responsabilidade dos conselhos de classe que, quase de forma unânime tem como papel apenas a cobrança das anuidades, se esquivando de suas responsabilidades perante a sociedade e o Estado em garantir os direitos e promover o entendimento social da profissão.
- **A autonomia profissional**, gerada a partir do pouco reconhecimento da profissão, o que permite um desconforto e um aumento dos conflitos no campo, já que a autonomia se faz necessária para que um profissional se sinta valorizado em suas práticas. No que confere a autonomia a maioria relatou ter sua conduta profissional “prescrita” pelos colegas médicos, gerando um desconforto e a sensação de subordinação perante os mesmos. Dessa forma percebemos que ao longo dos discursos havia apenas dois lados: os médicos e os demais profissionais da saúde, um

centro e as periferias (numa analogia), que como em toda referência de espaço geográfico, se concretiza em algo que surge no entorno e de forma desestruturada, promovendo vários conflitos e problemas de difícil resolução.

Esse foi, sem dúvida, o ponto onde houve maiores críticas em se tratando da trajetória do fisioterapeuta, o reconhecimento em *si* e para *si* é sem dúvida algo que impulsiona o profissional à execução de uma *práxis* voltada à responsabilidade social, gerando motivação e satisfação, primordiais para dar sentido na trajetória profissional do indivíduo; porém, o reconhecimento da fisioterapia ainda é um processo em construção e não tem data para findar, assim como tudo na vida.

No tocante às inter-relações, buscamos compreender, a partir da ótica dos fisioterapeutas, como é a relação entre os pares e também entre os outros profissionais com quem dividem o campo de trabalho. Aqui discutiremos alguns pontos que nos chamaram atenção durante os discursos. Primeiramente, discutiremos acerca da entrada no campo de trabalho, para depois prosseguirmos com a discussão das inter-relações.

O final do curso trouxe para a maioria diversas expectativas, bem como para todos os que se veem diante do enfrentamento de nova realidade, ao participar ativamente do mercado de trabalho. A trajetória no campo é construída dessa forma:

- **A Especialização:** alguns fisioterapeutas sentiram a necessidade de realizar uma especialização antes mesmo da conclusão do curso, o que no entendimento de alguns, traria maiores chances de entrada no mercado, conferindo-lhe uma credencial mais valorizada, diante de um saber específico, porém o que observamos é que no atual mercado de saúde em João Pessoa, em se tratando da inserção do fisioterapeuta, o pensamento sugerido é de que, a certificação de qualificação profissional não dá garantias de entrada no mercado de trabalho, visto que o problema para a maioria perpassa pela questão política de “indicação” daqueles que tem uma “autorização” determinada por um grau de conhecimento, que não é o científico, mas o social. Outra questão, se dá pela facilidade de entrada em cursos de especialização com preços diversificados, o que leva a quase que uma prática homogênea na fisioterapia, o que não confere uma diferenciação entre os pares.

- **As Clínicas de Fisioterapia Convencional:** Outra forma de atuação no campo relatadas pelos entrevistados foram as clínicas, que, segundo a maioria, era uma chance de não cair no esquecimento e colocar em prática o que foi visto na academia e que, por estes motivos, submetem-se a valores insignificantes, vindo de planos de saúde, com uma participação não paritária, no que diz respeito aos valores pagos pelos planos e pelos pacientes particulares, ficando em torno de 40% para o fisioterapeuta e 60% para os donos das clínicas que são, em sua maioria, também fisioterapeutas. A entrada no mercado foi depois de meses ou anos de término do curso e mesmo assim, de forma precarizada e explorada, sem relação trabalhista (para eles a relação com direitos trabalhistas é um ponto importante), garantindo segurança em seu trabalho, apesar de conferir para nós uma desqualificação profissional.
- **Os Hospitais:** Alguns dos entrevistados tem seu campo de práticas no ambiente hospitalar. Os que trabalham dentro deste ambiente se dizem satisfeitos e garantem que a autonomia e o reconhecimento se fazem presente mais neste campo que nas clínicas. Para duas entrevistadas o hospital serve atualmente como fonte de aprendizagem prática (estágio não remunerado), visto ser a área que pretendem se dedicar e que, para isso, precisam de mais vivência.
- **Os estúdios de Pilates:** Na diversificação dos campos de atuação da fisioterapia surge o Pilates, diferenciando-se da fisioterapia convencional, porém seu domínio não está apenas na fisioterapia, visto que o educador físico também pode fazer uso deste método. Os entrevistados que possuem ou trabalham nesta atividade garantem ser uma fonte de renda melhor que as clínicas, visto ser desvinculada totalmente de planos de saúde, o que para eles confere um melhor retorno financeiro.
- **A docência:** Este novo campo levou ao aumento do contingente de fisioterapeutas no mercado, mas também promoveu um aumento de vagas dentro das Instituições de Ensino Superior, ocasionando uma abertura para uma nova ocupação. Dentre os fisioterapeutas que também são docentes houve uma unanimidade em relação a satisfação com a nova ocupação. Nela eles referiram ser mais valorizados e reconhecidos.

Tais campos levam à produção de práticas que estão constantemente sendo renovadas pela dinâmica da estrutura e dos sujeitos. Dessa forma, as inter-relações são importantes no processo, já que confere uma pluralidade de representações e ações que devem ser voltadas para o benefício comum, respeitando as individualidades. É um discurso que, na prática, vem sendo colocado em questão mesmo que de forma acanhada. Porém, no nosso entendimento, já é um passo adiante na construção de um novo olhar na área de saúde.

Abaixo, abordaremos as inter-relações que foram contempladas no material empírico:

- **As inter-relações entre os pares:** percebemos dificuldade dos fisioterapeutas em relatar as relações entre seus pares. Nos discursos aparecia sempre uma insatisfação e algo ligado a concorrência, ficando claro a desunião da categoria, atribuído por alguns a falta de mercado de trabalho para todos, o que leva a um quere “puxar o tapete do outro”, dificultando o processo de comunicação da profissão e levando ao enfraquecimento da categoria profissional na luta por seus direitos. Havia sempre uma comparação com a medicina, onde para os fisioterapeutas, haveria uma questão de corporativismos dentro da medicina e a ausência dele na fisioterapia, por este motivo a medicina seria mais “forte” dentro do mercado.
- **As inter-relações entre os outros profissionais da saúde:** Os entrevistados mostraram ter, em sua maioria, um melhor relacionamento com os outros profissionais da saúde do que com os fisioterapeutas, porém ficou claro que, para alguns a prescrição da conduta fisioterapêutica, quando encaminhado por médico, gera desconforto. Alguns entrevistados tratam a situação de forma simples, ou seja, não realizando o que foi prescrito; outros veem esta situação como um desconforto, que demonstra o quanto o saber médico é dotado de poder e legitimidade. Outra situação comum é quando o próprio paciente chega e dia o que tem que ser realizado, pois foi “mandado” pelo médico. Há aqueles que conduzem bem esta relação e dizem mostrar aos médicos e aos pacientes que são capazes de realizar o seu trabalho de maneira autônoma. Daí pensamos: Os fisioterapeutas precisam mostrar para os médicos a sua capacidade em

reabilita um indivíduo? Isto é uma inter-relação ou uma subordinação? Pensamos que ainda há muito para a construção de inter-relações onde permitam que o respeito e a troca de saberes diferenciados que venham construir uma sociedade mais igualitária, sem que um saber se sobreponha sobre o outro, garantindo a todos aqueles que constroem a saúde uma legitimidade em suas práticas.

- **Inter-relação com os pacientes:** Este foi o ponto de maior satisfação com a profissão, o vínculo que desenvolvem com o paciente e com a família ao longo do tratamento, a satisfação de contribuir para o retorno desse sujeito à sua vida (pessoal e produtiva) e ao fato de ser reconhecido, (apesar de alguns serem encaminhados com a prescrição). Na visão dos fisioterapeutas a relação com o doente chega a proximidade de familiaridade, visto ser o processo de reabilitação demorado, o que traz uma convivência que por vezes se confunde entre profissional/paciente para profissional/amigo, conferindo ao paciente uma certa intimidade na vida do fisioterapeuta, afastando qualquer possibilidade de distanciamento entre eles, o que para os fisioterapeutas não acontece na medicina, onde o paciente é colocado em uma situação de mero leigo sem participação alguma no seu processo de doença, não garantindo sua co-autonomia.

Dessa forma, a trajetória do fisioterapeuta em João Pessoa, assim como de tantos outros profissionais, está mergulhada em uma infinidade de contextos que, pela dinâmica do mundo e dos sujeitos, sofrem modificações a cada dia, marcada por incertezas, que geram inseguranças quanto ao futuro da profissão. Por isso, tentamos compreender a trajetória do profissional até o dia de hoje, examinando as definições e redefinições, ao longo de sua história, de sua atuação no campo da saúde, a partir das oportunidades que lhe são apresentadas, conquistando seu espaço, seja dentro de uma equipe, seja com seu trabalho individual. O fisioterapeuta tenta mostrar seu papel profissional e social para a sociedade, numa caminhada árdua e cheia de sonhos, esperando que um dia a fisioterapia seja reconhecida tanto quanto a medicina. Avanços já houve, pois o fisioterapeuta que antes era visto como um técnico em reabilitação, hoje é um profissional de saúde dotado de um entendimento amplo, possibilitado pelos diversos campos de saberes encontrados na sua formação profissional. Seria um avanço no reconhecimento social da profissão que garantiria,

ainda de forma não totalmente justa, o seu lugar no campo da saúde. Por isso, alguns encontram-se mais dispostos e outros menos dispostos para o dia-a-dia de luta. Como disse um entrevistado, a rotina seria “matar um leão por dia”, fazendo do cotidiano uma luta constante.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. **The System of Professions**: an essay on the division of expert labor, Chicago, The University of Chicago Press, 1988. p.435.

ALMEIDA, F. H; MELO-SILVA, L.L. Influência dos pais no processo de escolha profissional dos filhos: uma revisão da literatura. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p.75-85, jan./abr. 2011.

ALMEIDA, A. J. Contributos da Sociologia para a compreensão dos processos de profissionalização. Medi@ções – **Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal**, v. 1, n. 2, 2010.

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma Falsa Questão. Physicians and health care. **Cad. Saúde Públ**, v. 13, n. 4, p. 659-676, out/dez.1997.

ALMEIDA, A.L; GUIMARÃES, R.B. O lugar Social do Fisioterapeuta. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p. 82-86, jan/mar. 2009.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1999. 203p.

ANDRADE, A.D.; LEMOS, J.C.; DALL’AGO, P. Fisioterapia. In: HADDAD, A.E. *et al.* **A Trajetória dos Cursos de Graduação em Saúde**. 1991-2004. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v. il. tab. Disponível em: <www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/inep_fisio.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ANGELIN, P.E. Profissionalismo e Profissão: Teorias Sociológicas e o Processo de Profissionalização no Brasil. **Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, Araraquara, v. 3, n 1, Jul/Dez, 2010.

ARAÚJO NETO, J.A.C de –A categoria “reconhecimento” na teoria de Axel Honneth. Argumento: **Revista de Filosofia**, Ano III, n. 5, 2011.

AREOSA J.; CARAPINHEIRO G. Quando a imagem é profissão: Profissões da imaginologia em contexto hospitalar. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 57, p. 83-108, 2008.

ASSIS A. M. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar, **Rev. Nutr**, v.15, n.3, p. 255-66, set/dez.2002.

ASSOCIAÇÃO PARAIBANA DE ENSINO RENOVADO (ASPER). Curso de Fisioterapia. Disponível em: <
<http://www.asper.edu.br/ensino/graduacao/tradicionais/fisioterapia.asp>>. Acesso em: 12 set. 2012.

AYRES, J.R. de.; C.M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Interface-comunic, saúde, educ**, v. 8, n. 14, p 73-92, fev. 2004.

AZEVEDO, M.L.N. de, Espaço Social, Campo Social, *Habitus* e Conceito de Classe Social em Pierre Bourdieu. **Revista Espaço Acadêmico**, Ano III, n. 24, maio. 2003.

BARDAGI, M. P; PARADISO, A. C. Trajetória Acadêmica e Satisfação com a Escolha Profissional de Universitários em Meio de Curso. **Rev. bras. orientac. Prof**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, dez. 2003 . Disponível em:
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902003000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2013.

BARDAGI, M.P. *et al.* Escolha Profissional e Inserção no Mercado de Trabalho: Percepção de Estudantes Formandos. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABAPPE)**, v. 10, n.1, p. 69-82. Jan/jun. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 1977.

BARROS, F.B.M. de. Poliomielite, Filantropia e Fisioterapia: O Nascimento da Profissão de Fisioterapeuta no Rio de Janeiro nos Anos 1950. **Ciência e Saúde Coletiva**. p.941-954, 2008.

BARTALOTTI, O; MENEZES FILHO, N. A relação entre o desempenho da carreira no mercado de trabalho e a escolha profissional dos jovens. **Econ. Aplic**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 487-505, out/dez. 2007.

BASTOS, A.V.B; ACHAR, R. Dinâmica Profissional e Formação do Psicólogo: Uma perspectiva de Integração. In: **Psicólogo Brasileiro: Práticas Emergentes e Desafios para a Formação**. 2 ed. São Paulo: Casas do Psicólogo, 1994.

BATISTA, D.A. **O Ser Fisioterapeuta**: desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho. 2010. 127f. Dissertação (mestrado em Desenvolvimento Regional) - Faculdade ALFA, 2010.

BELEI, R. A. *et al.* O Uso da Entrevista, Observação e Videogravação e, Pesquisa Qualitativa. **Cadernos de Educação/FaE/PPGE/UFPE**, Pelotas, n. 30, p. 87-199, Jan/Jun. 2008.

BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p. 1627-1636, 2010. Supl 1.

BONELLI, M.G. Estudos sobre profissão no Brasil. In: MICELI, S, org. **O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)**. Ciência e Política, São Paulo, Brasília, Sumaré/ANPOCS; 1999. p. 287-30. Volume 2.

BONELLI, M.G. Os Médicos e a Construção do Profissionalismo no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]**, 2002, v.9, n.2, p. 431-436, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2013.

BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: ORTIZ, R. (org.). **Coleção Grandes Cientistas Sociais**. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Lisboa: Difel, 1989, p. 311.

BOURDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BOURDONCLE, R. La Professionalisation des Enseignants: analyses sociologique anglaise et américaines. **Revue Française de Pedagogie**, n.94, p. 73-91,1991.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 187p.

BRANDÃO, S.R.R. A vocação Humana: uma abordagem antropológica e filosófica. **Fac. de Artes S. Marcelina**. São Paulo: Videtur, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php#equipes>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 13 Jan. 2014.

CALDAS, M.A.J. O Processo de Profissionalização do Fisioterapeuta: O olhar em Juiz de Fora. 118f.Tese de Doutorado em Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CAMPOS, F.E. de; AGUIAR, R.A.T. de; BELISÁRIO, S.A. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In. GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011-1034.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W. de. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In. GASTÃO, W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CANDEIAS, N. Sociologia e Medicina. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 5, n.1, p.111-27, 1971.

CAPELLE, M.C. A.; MELO M.C.O. L; BRITO, M.J. de. Relações de Poder segundo Bourdieu e Foucault: Uma Proposta de Articulação Teórica para a Análise das Organizações. *Lavras*, v. 7, n. 3, p. 356-369, 2005.

CARDOSO, C.L. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. **Revista APS**, v.7, n.1, p.47-50, jan./jun. 2004.

CARVALHO, C.R.A de. A Identidade Profissional dos Terapeutas Ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, n.2, p.36-37. 2012.

CASSAR, M.P. **Handbook of Massage Therapy**. Traduzido por: CAROMANO, F. A. São Paulo, 2001.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ). Curso de Fisioterapia. Disponível em: < <http://www.unipe.br/graduacao/fisioterapia>>. Acesso em: 12 set. 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA (COFFITO). Disponível em: < <http://www.coffito.org.br/index.php?script=Autenticacao>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA 1ª REGIÃO (CREFITO 1). Disponível em: < <http://crefito1.org.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

COLOGNESE, S. A; MELO, J. L. B. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**, v.9, Porto Alegre: UFRGS, 1998, p.143-159.

CONTRERAS, J. **A Autonomia de professores**. São Paulo: Cortez, 2002.

COUTINHO, M.C; KRAWULSKI, E; SOARES, D.H.P. Identidade e Trabalho na Contemporaneidade: Repensando Articulações Possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v.1, p. 29-37. 2007. Edição especial.

COURY, H.J.C.G, VILLELLA, L. Perfil do Pesquisador Fisioterapeuta Brasileiro. **Rev Bras Fisioter**, v.13, n.4, p.356-63, 2009

DA MATTA, R. **A casa e a rua**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

DELAÍ, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 515-1523, 2011. Supl 1.

DELUIZ, N. A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional. In: **Boletim Técnico do SENAC**, 1996.

DEMO, P. Pesquisa Social. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, p. 11-36, 2008

DEMO, P. **Pesquisa e Construção do Conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Brasília, DF, 1978.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Decreto-Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969**, Brasília, DF, 1969.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Decreto-Lei n. 69.687, de 3 de dezembro de 1971**, Brasília, DF, 1971.

DINIZ, M. Repensando a Teoria da Proletarização dos Profissionais. *Tempo Social; Rev. Sociol*, v. 10, n.1, p.165-184, maio. 1998.

DUBAR, C. **Construção das Identidades Sociais e Profissionais**. 2.ed. Porto Editora, 1997.

DUBAR, C. Sociologia do Trabalho Frente à Qualificação e à Competência. **Revués Sociétés Contemporaines**, 1997.

DUBAR, C. Trajetórias Sociais e Formas Identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Edu.Soc**, Campinas, v.19, n.62, Abr, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0101-73301998000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de setembro de 2013.

FACULDADE INTEGRADAS DE PATOS. Departamento de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.fiponline.com.br/graduacao/fisioterapia>>. Acesso em: 12 set. 2012.

FACULDADE SANTA MARIA. Departamento de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.fsm.edu.br/graduacao-fisioterapia>>. Acesso em: 12 set. 2012.

FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS. Curso de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.cienciasmedicas.com.br/ensino/graduacao/fisioterapia>>. Acesso em: 12 set. 2012.

FACULDADES MAURÍCIO DE NASSAU. Coordenação de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.mauriciodenassau.edu.br/curso/exibir/cid/9/col/3/hid/1/fid/1/fisioterapia>>. Acesso em: 12 set. 2012.

DURKHEIM, E. **Educação e Sociologia**. 11.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

DURKHEIM, E. **Sociologia, educação e moral**. Porto: Rés-editora, 1984, 398 p.

ELIAS, N. Estudo sobre a Gênese da Profissão Naval: Cavalheiros e Tarpaulins. **Mana [online]**. Rio de Janeiro, v.7, n. 1, abr. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132001000100005, acessado em: 10 set.2012.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 4-11.

FOUCAULT, M. Uma consciência Política. In: **O Nascimento da Clínica**. Forense Universitária. ed. Rio de Janeiro, 1977.

FLORENTINO, F.R. A; FLORENTINO, J. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde Profissional social. **Revista Unioeste**. 2011. Disponível em:http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_006/CULTURA/PDF/As%20rela%E7%F5es%20sociais%20PRONTO.pdf. Acesso: 05 jan. 2012.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde**: Olhando e Experimentando o SUS no Cotidiano: O Debate no Campo da Saúde Coletiva.4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296 p.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.11, n.31, p.141-155, jun.1996.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**: Teoria, profecia e política, São Paulo: Edusp, 1998

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 20-28, jan./abr. 2008.

GARCIA, L. A. M. Competências e habilidades: você sabe lidar com isso? **Educação e Ciência [On Line]**. p. 5, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.4pilares.net/text-cont/garcia-competencia.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4 ed., Porto Alegre: Artmed, 2008, p.848.

GIDDENS, A. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GIRARDI, S.N.; FERNANDES J.R.H.; CARVALHO, C.L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 2, n. 1, 2000.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1983.

GRILLO, S.V. de C. A noção de campo nas obras de Bourdieu e do círculo de Bakhtin: Suas implicações para a teorização dos gêneros do discurso. **Revista da ANPOLL**. São Paulo, v.19, p.151 - 184, 2005.

GUIMARÃES, R.G.M.; REGO, S. O Debate Sobre Regulamentação do Ato Médico no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, p.7-17, 2005.

GUIMARÃES, L. de S; CRUZ, M.C. da. O Exercício Terapêutico: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. **Lato & Sensu**. Belém, v.4, n.1, p. 3-5, out, 2003.

HAGEN, A.M.M. **O trabalho policial**: estudo da Polícia Militar do Estado do Rio Grande do Sul. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

HUGHES, Everett C. The study of occupations. In: _____. **On work, race, and the sociological imagination**. Chicago: University of Chicago Press, 1994. p. 21- 36.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da educação superior: 2011 – **resumo técnico**. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013. 114 p. Disponível em: <portal.inep.gov.br/educacao-superior>. Acesso em: 22 ago. 2013.

LARSON, M. S. **The rise of professionalism**: a sociological analysis, Berkley, University of California Press, 1979.

LONGHI, M.R. Viajando em seu Cenário: Reconhecimento e Consideração a partir das Trajetórias de Rapazes de Grupos Populares do Recife. 2008. 256f. **Tese de doutorado em Antropologia** Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

LUCCHIARI, D. H. Uma abordagem genealógica a partir do genoprofissiograma e do teste de três personagens. In: **Psicodinâmica da escolha profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 135-160.

MACDONALD, K.M. **The sociology of the professions**. London: Sage Publications, 1999. 240 p.

MACHADO, M.H. Sociologia das Profissões: Uma Contribuição ao Debate Teórico. In: MACHADO, M.H. (org). **Profissões de Saúde**: Uma Abordagem Sociológica. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995. p. 13-33.

MACHADO, M.H. Trabalho e Emprego em Saúde. In. GIOVANELLA, L. *et al*. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 309-330.

MACHADO, M.F.A.S. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANZINI, E.J. **Entrevista Semiestruturada**: análise de objetivos e de roteiros. Disponível em: < [www.sepg.org.br/II sipeg/anais/pdf/gtz/04.pdf](http://www.sepg.org.br/II%20sipeg/anais/pdf/gtz/04.pdf).1990/1991>. Acesso em: 22 de ago.2012.

MARTINS, M.I.C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p. 1667-1676, 2013.

MENDONÇA, R.F. Reconhecimento em debate: Os modelos de Honneth e Fraser em sua relação Com o legado Habermas ano. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 29, p. 169-185, nov. 2007.

MENDONÇA.R.F. Dimensão Intersubjetiva da Auto-realização: Em Defesa da Teoria do Reconhecimento. **Rev. Bras. de Ciênc. Sociais**, v 24, n.70, jun. 2009.

MENDONÇA NETO, O. R.; CARDOSO, R. L.; OYADOMARI, J. C. T. A profissionalização do contador no Brasil. **BASE - Revista de Administração e Contabilidade da UNISINOS**, v. 9, n. 4, p. 393-406, 2012.

MORAES, R. Teoria do reconhecimento e movimentos Sociais: o potencial de transformação de Ações coletivas moralmente motivadas. **Interações - cultura e** 10, v.10, n. 2, p. 241-247. 2006.

NORONEM, L.; WIDSTROM, G.C. Professional theoretical paper: towards a paradigm-oriented approach in physical therapy. **Physical therapy Theory and Practice**, v.14, p.175-84. 1999.

NEVES, L.M.T; ACIOLE, G.G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011.

MELO, Marina. **Profissionalização Institucional do terceiro setor e atuais Demandas**. PPGS/UFPE. Agosto de 2011

MATTOS, R.A. de. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: Algumas Reflexões Críticas Feitas com Base na Defesa de Alguns Valores. In: MATTA, G.C; LIMA, J.C.F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 410 p.

NASCIMENTO, MC *et al*. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos , v. 10, n. 2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2014.

NOVAES, B. K. L. O; BRITO, G.E.G. Percepção Sobre o Trabalho do Fisioterapeuta na Atenção Primária. **Rev. APS**, v. 14, n.1, p. 424-414, out-dez. 2011.

NUNES, E.D. A contribuição das Ciências Humanas e Sociais para a Saúde Coletiva. In. GUERRREIRO, I.C.Z; SCHMIDT, M.L.S; ZICKER, F. **Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 308p.

NÚÑEZ, I.B; RAMALHO, B.L. A profissionalização da docência: um olhar a partir da representação de professoras do ensino fundamental. **Revista Iberoamericana de Educación**. Sep. 2008.

OLIVEIRA, P.W.S. de. Construção de identidades profissionais: da formação profissional à vivência da inserção no mercado de trabalho. **Revista labor**, n.6, v.1, 2011.

PARSONS, T. Orientações Teóricas. In: **O Sistema das Sociedade Modernas**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Pioneira, 1974. p. 15-22.

PERRUSI, Artur Fragoso de Albuquerque. **Tirantias da identidade**: profissão e crise identitária entre psiquiatras. 2003. 330f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

PERRUSI, A.F de A. Vocação, identidade e profissionalismo. **Revista Política e Trabalho**. Programa de pós-graduação de sociologia da UFPB. Edição 27-30, 2009.

PINTO *et al*. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1525- 1534, 2013.

PINTO, J.M. Considerações sobre a Produção Social de Identidade. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.32, Jun, 1991.

PONTE, J.P. Da formação ao desenvolvimento profissional. Encontro Nacional de Professores de Matemática Prof. Mat. 98, Lisboa: APM, 1998, p.27-44.

QUEIROZ, E; ARAÚJO, T.C.C.F de. Trabalho de Equipe em Reabilitação: Um Estudo sobre a Percepção Individual e Grupal dos Profissionais de Saúde. **Paidea**, v. 19, n.43, p.177-187, agos.2009.

RAVAGNANI, H. B. Luta por reconhecimento: A filosofia social do jovem hegel segundo honneth. **Kínesis**, v. 1, n.01, p. 39-57, mar.2009.

REBELATO, J.R; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**. São Paulo. Manole,1995.

REZENDE, M de; MOREIRA, M.; FILHO, A.A.; TAVARES, M. de F. A Equipe Multiprofissional de “Saúde da Família”: Uma Reflexão sobre o Papel do Fisioterapeuta. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, p. 1403-1410. 2009. Supl 1.

RIBEIRO, J.M; SCHARAIBER, L.B. A autonomia e o Trabalho em Medicina. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p.190-199, apr/junh. 1994.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social-Métodos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ROSA, T.E. et al. Determinantes da Capacidade Funcional. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-8, 2003.

SÁ-CHAVES, I. da S.C. A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Práxis. Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e Tecnologia. **Texto Universitários de Ciências Sociais e Humanas**, Dinalivro, Jul. 2002.

SANCHEZ, E.L. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.

SANTOS-FILHO. S.B; BARROS, M.E.B (org). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 272.

SELTZER, G.D. Ator de sua trajetória profissional? **Revista de sociologia e política**, v. 16, n 31, p. 25-33 nov. 2008.

SHENATO, V.C. A Síntese entre objetividade e subjetividade mediada pela noção de *habitus* em Bourdieu. **Revista Perspectivas Sociais**, Pelotas, ano 1, n.1, p.31-46, março.

SHIROMA, E. O. **"O eufemismo da profissionalização"**. Iluminismo às avessas: produção de conhecimento e políticas de formação docente. DP&A, Rio de Janeiro, p.61-79, 2003.

SILVA, J.C.S. Foucault e as Relações de Poder: O cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas**, n.3, março. 2007.

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

SOARES, D. H. P. **A escolha profissional**: do jovem ao adulto. São Paulo: Summus, 2002.

SOUZA, J. de. Uma Teoria Crítica do Reconhecimento. **Lua Nova**, n.50, 2000.

SUMYA, A.; JEOLÁS, L.S. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, Maringá, v. 32, n. 1 p. 47-53, 2010.

TAYLOR, C. **The Politics of Recognition**, 1994. Disponível em: <http://elplandehiram.or/documentos/joustingNYC/poplitics_of_recognition.pdf> Acesso em 10 de dez. 2013.

TELLINI, G. **Manual de medicina física e reabilitação**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1993.

THIRY-CHERQUES, H.R.. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 1, Feb. 2006 .

TOMASO, M.C.C; SILVA, E.A. da; POLONIATO, G.S. Associativismo e Percepção do Mercado de Trabalho: uma amostra desta relação entre fisioterapeutas. **Cadernos UniFOA**, n. 5, dez. 2007.

TRIPPIER, P; DAMIEN, R. "Rhétoriques Professionnelles". In: LUCAS e DUBAR. (Org). 1994, pp. 245-248.

VIEIRA, R. da S. **Institucionalização da Fisioterapia**: Um olhar sobre o processo histórico nos cenários internacional, brasileiro e paraibano. João Pessoa: UFPB. João Pessoa, 2012. 284p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia. Disponível em: < <http://www.ccs.ufpb.br/>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Fisioterapia. Disponível em:< <http://centros.uepb.edu.br/ccbs/cursos/>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

WACQUANT, L. O Legado Sociológico de Pierre Bourdieu. **Rev. Sociol. Polít**, Curitiba, 19, p.95-110, nov, 2002.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo (1905)**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2004.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

WILENSKY H L. The professionalization of everyone? Amer. **J. Sociol.** v.70, p.137-58, 1964.

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L. E)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”

Eu,.....,

tendo sido convidado (a) a participar como voluntário(a) do estudo “ Trajetória Profissional do fisioterapeuta: Reconhecimento e inter-relações no campo da saúde” que será realizado com Fisioterapeutas que exercem a profissão em João Pessoa, recebi da Sra. Aliceana Ramos Romão de Menezes Araújo, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender, sem dificuldades e, sem dúvidas, os seguintes aspectos: 1) Que o estudo trata-se uma pesquisa para o doutorado; 2) Que a importância deste estudo é verificar a Trajetória do Fisioterapeuta em João Pessoa 3) Que será guardado total sigilo da minha identificação.

Também fui informado que, a qualquer momento, poderei recusar a não participar da pesquisa, e também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante voluntário (a):

1. Domicílio (Rua ou Conjunto):

Nº: Complemento:

Bairro:

CEP:

Telefone:

Ponto de Referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável: (Obrigatório)

Nome: Aliceana Ramos Romão de Menezes Araújo

Rua: Wilson Flávio M. Coutinho- 76 APT 301 A

Cidade: João Pessoa: CEP: 58052-510 Telefone p/ contato (83) 3235-0535/9996-9833.

João Pessoa, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

Assinatura do Voluntário

Apêndice 2: Roteiro de Entrevista

ENTREVISTA NARRATIVA SEMIESTRUTURADA

1 INFORMAÇÕES GERAIS DO SUJEITO DE PESQUISA

1.1 Código de identificação do Fisioterapeuta:

1.2 Idade:

1.3 Sexo:

1.4 Estado civil:

1.5 Formação profissional:

1.6 Qualificação profissional:

1.7 Tempo de atuação na profissão:

1.8 Ocupação atual:

2 ROTEIRO DA ENTREVISTA:

2.1 A escolha da profissão e formação profissional

- 1) Interrogar sobre o caminho que percorreu até chegar a fisioterapia
- 2) Interrogar sobre o porquê de ter escolhido a fisioterapia
- 3) Interrogar sobre o que é ser fisioterapeuta
- 4) Interrogar sobre a satisfação com a profissão de Fisioterapeuta;
- 5) Interrogar sobre a formação universitária (entrada, saída, estrutura do curso...)

2.2 Reconhecimento social da profissão e questão do campo da saúde

- 6) Interrogar sobre a noção de reconhecimento social

- 7) Interrogar sobre o reconhecimento do fisioterapeuta pela sociedade e pelos demais profissionais da saúde
- 8) Como você fisioterapeuta se vê dentro do campo da saúde.
- 9) Interrogar sobre a inter-relação com os colegas fisioterapeutas e com os outros profissionais.
- 10) Interrogar sobre o papel dos conselhos e/ou outras corporações.

2.3 A questão do mercado de trabalho

- 11) Interrogar sobre o ingresso no mercado de trabalho
- 12) Você vive hoje financeiramente somente da profissão de fisioterapeuta?
- 13) Quantas horas por dia você trabalha? Quantos locais? Qual seu vínculo?
- 14) Nível de satisfação com o vínculo atual
- 15) Voltando no tempo, você faria fisioterapia outra vez?

ANEXOS

Anexo 1: Resposta do CREFITO 1 ao requerimento de solicitação dos contatos dos fisioterapeutas inscritos neste órgão



**Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região
CREFITO-1**

OF. CREFITO-1/GAPRE/ Nº 338/2013

Recife, 18 de junho de 2013.

Ilma. Sra.

ALICEANA RAMOS ROMÃO DE MENEZES ARAÚJO

CREFITO 17449-F

Rua Bacharel Wilson Flávio M. Coutinho nº 76 – aptº 301 – A – Jardim Universitário

João Pessoa – PB

CEP 58052-510

Prezada Doutora,

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região CREFITO-1, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei 6.316/75, vem, através do presente, apresentar resposta ao requerimento formulado por V. Sª, para ser fornecido contatos telefônicos e e-mail dos fisioterapeutas inscritos neste Regional.

Esclarecemos que, por motivos de ordem legal, não podemos prestar as informações solicitadas. Entretanto, caso seja do seu interesse, pedimos que nos envie o material a fim de repassarmos, de forma gratuita, para os profissionais responderem o questionário de V.Sª, se assim desejarem.

Sem outro assunto para o momento, firmamo-nos.

Atenciosamente,

Dr. SILVANO SOUTO MENDES BARROS
Presidente

Anexo 2: Comitê de ética em pesquisa (Parecer Consubstanciado do CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA: RECONHECIMENTO E INTER-RELAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE

Pesquisador: Aliceana Ramos Romão de Menezes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00837413.7.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação de Sociologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 309.058

Data da Relatoria: 18/06/2013

Apresentação do Projeto:

Revisão de literatura: Retrata sobre fisioterapia como profissão.

Metodologia: define a pesquisa como estudo de campo, exploratório, descritivo, de caráter qualitativo.

A amostra será composta por 30 fisioterapeutas de ambos os sexos, que estejam ou não em exercício da profissão, do município de João Pessoa. (critérios de inclusão na amostra: a) Ser fisioterapeuta b) Ter concluído ensino superior em João Pessoa c) Estar ou não em exercício da profissão d) Ter registro no Conselho da profissão e) Aceitar participar da pesquisa)

Como procedimento de coleta de dados será aplicado um questionário semiestruturado, acompanhado do termo de consentimento livre e esclarecido.

Em relação a análise de dados através das transcrições e categorização das falas se fará a interpretação empírica com base na análise de conteúdo. Primeiramente será construída

uma rede de fisioterapeutas através de escolha não probabilística e a partir daí se fará contato e marcará as entrevistas que terão local, dia e horário definido pelos sujeitos envolvidos. Far-se-á gravação sonora e posterior transcrição pelo pesquisador. Realizada a transcrição se fará a leitura e releitura e iniciará o processo de categorização e de aproximação do material bruto com autores da sociologia ligados a área de

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

CEP: 58.051-900

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 309.058

cada categoria (interpretação empírica)

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a trajetória profissional do fisioterapeuta, seu reconhecimento e as inter-relações dentro do campo da saúde em João Pessoa.

Específicos:

- Descrever e analisar diferentes trajetórias profissionais dos fisioterapeutas
- Construir hipóteses referentes ao processo de socialização e reconhecimento
- Configurar nível de vocação para a profissão

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Retrata que a utilização dos dados coletados apresenta risco mínimo, uma vez que esse registro na pesquisa não contará o nome dos sujeitos envolvidos, evitando constrangimentos.

Como benefícios o entendimento de como está sendo construída a trajetória profissional do fisioterapeuta em João Pessoa, seu reconhecimento e as inter-relações no campo da saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa estruturada para a realização do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresenta todos os documentos necessários

Recomendações:

Recomendação anterior

Apresentar certidão de aprovação da pesquisa pela pós graduação.

Inserir no TCLE o procedimento de coletas o qual o sujeito será submetido, o endereço do CEP CCS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentou as pendências conforme solicitado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 309.058

JOAO PESSOA, 19 de Junho de 2013

Assinador por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N CEP: 58.051-900
Bairro: CASTELO BRANCO
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

Anexo 3: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da UFPB

1º PERÍODO	Nº DE CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS
Anatomia I	06	
Biofísica básica	04	
Bioquímica geral	05	
História e fund. de fisioterapia	03	
Biologia celular	04	
Ed. Física	02	
Optativa I	03	
TOTAL	27 CRÉDITOS	
2º PERÍODO		
Neuroanatomia	04	Anatomia I
Fisiologia VIII	06	Anatomia I e Bioquímica Geral
Est. Vital	04	
Histologia I	03	
Língua portuguesa I	05	
Introdução à saúde pública	02	
EPB I	02	
TOTAL	26 CRÉDITOS	
3º PERÍODO		
Cinesiologia e biomecânica I	08	Neuroanatomia e Fisiologia VIII
Base de método e técnicas de avaliação	04	Neuroanatomia e Fisiologia VIII
Métodos e técnica de pesquisa I	04	Estatística Vital
Patologia geral		Fisiologia VIII, Biologia celular
Língua inglesa I	05	
Optativa II	04	
EPB II	02	EPB I
TOTAL	30 CRÉDITOS	
4º PERÍODO		
Mecanoterapia e hidroterapia	04	Cinesiologia e Biomecânica
Massoterapia e manipulação	05	
Eletro-termo e foto	08	Fisiologia VIII, Biofísica Básica, História e fundamento da fisioterapia
Exercício terapêutico e reeducação funcional	08	Cinesiologia e Biomecânica
Fisiopatologia Clínica em orto/traumo/reumato	03	Patologia Geral
TOTAL	28 CRÉDITOS	
5º PERÍODO		
Fisiopatologia Clínica em neurologia	03	Fisioterapia aplicada a neurologia
Prótese e órtese	04	Cinesiologia e Biomecânica
Fisioterapia aplicada a orto/traumo/reumatologia	17	Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional
Optativa III	03	
TOTAL	27 CRÉDITOS	
6º PERÍODO		
Fisioterapia Aplicada a neurologia	17	Fisiopatologia clínica em Neurologia, mecanoterapia e hidroterapia, massoterapia e manipulação.
Fisioterapia Clínica em cardio/pneumo/sist. Vascular	03	Patologia Geral
Ética e deontologia	01	
Introdução a psicologia	04	

Optativa IV	03	
	28 CRÉDITOS	
7º PERÍODO		
Ciências sociais aplicada a saúde	04	
Fisioterapia Aplicada a cardio/pneumo/sist. Vascular	17	Fisiopatologia Clínica em Cardio/pneumo/sistema vascular
Fisiopatologia. Clínica gineco/obst/pediatria	03	Patologia Geral
TOTAL	24 CRÉDITOS	
8º PERÍODO		
Administração em fisioterapia	03	
Optativa V	01	
Fisioterapia aplicada gineco/obst/pediatria	17	Fisiopatologia Clínica em gineco/obstr/pediatria
TOTAL	21 CRÉDITOS	
9º PERÍODO		
PTS I	11	Fisioterapia Aplicada à Neurologia, Fisioterapia Aplicada à Cardio/pneumo/vascular, Fisioterapia Aplicada à Gineco/obst/pediatria.
Fisioterapia preventiva I	05	Fisioterapia Aplicada à Neurologia, Fisioterapia Aplicada à Cardio/pneumo/vascular, Fisioterapia Aplicada à Gineco/obst/pediatria,
Optativa VI	02	
Optativa VII	01	
TOTAL	19 CRÉDITOS	
10º PERÍODO		
PTS II (ERI)	11	PTS I
Fisioterapia preventiva II	13	Preventiva I
	24 CRÉDITOS	

Fonte: Construído a partir dos dados da UFPB, 2013

Anexo 4: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

• **Eixo de formação biológica**

NOMENCLATURA DA DISCIPLINA	Nº DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS
Anatomia I	04	60	
Anatomia II	04	60	Anatomia I
Neuroanatomia	04	60	Anatomia I
Histologia	03	45	
Embriologia	01	15	
Fisiologia I	04	60	
Fisiologia II	03	45	Fisiologia I
Fisiologia do exercício	03	45	Fisiologia II
Patologia Geral	03	45	Biologia Celular e fisiologia I
Parasitologia	02	30	Biologia Celular
Imunologia	02	30	Fisiologia II
Bioquímica Geral	05	75	
Biologia Celular	04	60	
Farmacologia	02	30	Bioquímica Geral
Biofísica Básica	04	60	

Fonte: UFPB, 2012

• **Eixo de formação Social e Humana.**

NOMENCLATURA DA DISCIPLINA	Nº DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS
Introdução a psicologia	04	60	_____
Bases de psicopatologia	02	30	Introdução a psicologia
Introdução à saúde pública	02	30	_____
Epidemiologia	03	45	_____
Ética, bioética e deontologia em Fisioterapia	02	30	_____

Fonte: UFPB, 2013.

- **Eixo de formação Instrumental pré-profissional.**

NOMENCLATURA DA DISCIPLINA	Nº DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS
História e Fundamentos da Fisioterapia	03	45	_____
Eletroterapia	03	45	Biofísica e Fisiologia II
Termo e fototerapia	05	75	Biofísica e Fisiologia II
Hidroterapia	03	45	Biofísica e Fisiologia II
Semiogênese e Semiotécnica em fisioterapia I	03	45	Anatomia II e Fisiologia II
Semiogênese e Semiotécnica em fisioterapia II	03	45	Cinesiologia e Semiogênese/semiotécnica em Fisioterapia I
Recursos Terapêuticos manuais I	03	45	Anatomia II, fisiologia II e Neuroanatomia
Recursos Terapêuticos manuais II	03	45	Recursos Terapêuticos manuais I
Cinesiologia	03	45	Anatomia II, fisiologia II e Neuroanatomia
Cinesioterapia I			Anatomia II, fisiologia II e Neuroanatomia
Cinesioterapia II			Cinesioterapia I
Biomecânica	03	45	Anatomia II e fisiologia II

Fonte: UFPB, 2013.

- **Eixo de formação Profissional**

NOMENCLATURA DA DISCIPLINA	Nº DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS
Fisiopatologia clínica, dos sistemas: ósteo-mio-articulares	04	60	Anatomia II, Fisiologia II e Patologia Geral
Fisiopatologia Clínica de Sistema Nervoso	04	60	Anatomia II, Fisiologia II, Neuroanatomia e patologia Geral
Fisiopatologia Clínica do Sistema respiratório e Cardiovascular	04	60	Anatomia II, Fisiologia II, Neuroanatomia e patologia Geral
Fisiopatologia Clínica do sistema gênito-urinário	02	30	Anatomia II, Fisiologia II, Neuroanatomia e patologia Geral
Clínica Materno infantil	03	45	Anatomia II, Fisiologia II, Neuroanatomia e patologia Geral
Bases de gerontologia	02	45	Anatomia II, Fisiologia II, Neuroanatomia e patologia Geral
Fisioterapia nas disfunções do sistema ósteo-mio-articular	12	180	_____
Fisioterapia nas disfunções do sistema gênito-urinário	04	60	_____
Fisioterapia nas disfunções do sistema respiratório	08	120	_____

Fisioterapia nas disfunções do sistema cardiovascular	05	75	_____
Fisioterapia nas disfunções do sistema nervoso	12	180	_____
Fisioterapia na saúde materno-infantil	09	135	_____
Fisioterapia na saúde do trabalhador	06	90	_____
Estágio I-Gerontologia	05	75	_____
Estágio II-Saúde coletiva	09	135	_____
Estágio III	23	345	_____
Estágio IV	23	345	_____

Fonte: UFPB, 2013.

- **Conteúdos complementares obrigatórios.**

NOMENCLATURA DA DISCIPLINA	Nº DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS
Prótese e órtese	04	60	Cinesiologia e Biomecânica
Métodos e técnicas de pesquisa	04	60	_____
Elaboração do trabalho de pesquisa	04	60	_____
Administração em fisioterapia	03	45	_____
Estatística Vital	04	60	_____
Bioinformática	03	45	_____
Trabalho de conclusão de curso – TCC I	01	15	_____
Trabalho de conclusão de curso – TCC II	01	15	_____

Fonte: UFPB, 2013.

- **Conteúdos complementares optativos.**

NOMENCLATURA DA DISCIPLINA	Nº DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITOS
Fundamentos da homeopatia	03	45	_____
Fisioterapia Desportiva	04	60	Fisiopatologia Clínica nas disfunções do sistema ósteo-mio-articular
Introdução à acupuntura	02	30	_____
Gestão de qualidade em saúde	02	30	_____
Reeducação Psicomotora	03	45	_____
Educação de excepcionais	03	45	_____
Técnicas de entrevista e aconselhamento	03	45	_____
Sociologia da Saúde	04	60	_____
Nutrição e atividade física	02	30	_____
Microbiologia	02	30	_____

Antropologia cultural	04	60	_____
Genética e evolução	04	60	_____
Métodos terapêuticos naturais	02	30	_____
Noções de radiologia	02	30	_____
Fisioterapia dermatofuncional	02	30	Semiologia e semiotec II
Tópicos especiais em fisioterapia	03	45	_____

Fonte: UFPB, 2013

Anexo 5: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia do UNIPÊ

PRIMEIRO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Anatomia Humana I	04	60
Citologia e Histologia	03	45
Educação física I	02	30
História da fisioterapia	03	45
Inglês	04	60
Metodologia do estudo	04	60
Português	05	75
Sociologia Geral	05	75
SEGUNDO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Anatomia Humana II	04	60
Biofísica	02	30
Bioquímica	02	30
Educação física II	02	30
Embriologia, genética e evolução	04	60
Fisiologia	05	75
Fisioterapia Geral I (Foto/termo e eletro)	06	90
Patologia Geral	03	45
TERCEIRO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Cinesiologia	04	60
Cinesioterapia I (Exercícios Terapêuticos)	06	120
Estatística I	04	60
Fisioterapia Geral II (Hidroterapia e Mecanoterapia)	04	60
Introdução à Psicologia	03	45
Massoterapia e Manipulação	04	60
Patologia de órgãos e sistemas	03	45
QUARTO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Bases de métodos e técnicas de aval em fisioterapia	04	60
Cinesioterapia II (reeducação funcional)	06	120
Conceitos básicos de computação	04	60
Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e traumatologia I	07	150
Métodos e Técnicas de Pesquisa	04	60
QUINTO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Administração em fisioterapia	03	45
Fisioterapia Aplicada à Cardiologia e Pneumologia	06	20
Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia II	07	150
Fisioterapia Aplicada à Neurologia	06	120
Saúde Pública e Epidemiologia	03	45
SEXTO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Fisioterapia Aplicada à Ginecologia/obstetrícia	07	150
Fisioterapia Aplicada à Pediatria	07	150
Fisioterapia Aplicada à Reumatologia	06	120
Fisioterapia Preventiva	06	120
SÉTIMO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Estágio Supervisionado I	13	330
Ética em Fisioterapia	03	45
Fisioterapia Aplicada à Geriatria	06	120
OITAVO PERÍODO	N ° DE CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA
Estágio Supervisionado II	13	330
Fisioterapia Aplicada ao Esporte	06	20
Monografia	04	120

Fonte: Secretaria Geral de Ensino (SEGEN) do UNIPÊ, 2013

Anexo 6: Estrutura Curricular atual do curso de fisioterapia do UNIPÊ

PERÍODO	COMPONENTE CURRICULAR	CARGA HORÁRIA			TOTAL
		Teoria	Prática	*SP	
P1					
	Anatomia Humana	40	40	_____	80
	Citologia e Histologia	20	20	_____	40
	História e Fundamentos da Fisioterapia	40	_____	_____	40
	Metodologia do Estudo	20	_____	20	40
	Ciências Sociais na Saúde	40	_____	20	60
	Biofísica	20	20	_____	40
	Bioquímica	40	20	_____	60
	Embriologia, Genética e Evolução	20	20	_____	40
	Educação em Saúde na Comunidade I	20	20	_____	40
	Subtotal	260	140	40	440
P2					
	Anatomia Humana Funcional	20	20	20	60
	Fisiologia Humana	40	40	_____	80
	Patologia Geral	20	20	_____	40
	Agentes Terapêuticos Biotérmicos e Bioelétricos	40	40	_____	80
	Educação em Saúde na Comunidade II	20	20	_____ _____	40
	Neuroanatomia	20	20	20	60
	Fundamentos da Farmacologia	20	20	_____	40
	Subtotal	180	180	40	400
P3					
	Cinesioterapia I	40	40	_____	80
	Hidroterapia	20	20	_____	40
	Recursos Terapêuticos	40	40	_____	80

	Manuais e Mecânicos				
	Avaliação Funcional em Fisioterapia	40	40	_____	80
	Saúde Coletiva	20	20	20	60
	Cinesiologia e Biomecânica	40	40	_____	80
	Subtotal	200	200	20	420
P4					
	Cinesioterapia II	40	40	_____	80
	Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica	60	60	_____	120
	Imaginologia e Interpretação de Exames Laboratoriais	20	20	_____	40
	Fisioterapia Pneumofuncional	60	60	_____	120
	Deontologia, Ética e Bioética	20	20	_____	40
	Epidemiologia e Saúde Ambiental	20	20	_____	40
	Subtotal	220	220	_____	440
P5					
	Órteses e Próteses	20	20	_____	40
	Fisioterapia em Reumatologia	40	80	_____	120
	Fisioterapia Cardiovascular	40	80	_____	120
	Fisioterapia Neurofuncional	40	80	_____	120
	Psicologia e Saúde	20	-	20	40
	Subtotal	160	260	20	440
P6					
	Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Homem	40	80	_____	120
	Fisioterapia na Saúde da Criança e do Adolescente	40	80	_____	120
	Ergonomia e Saúde do Trabalhador	20	40	_____	60

	Metodologia da Pesquisa	40	—	20	60
	Fisioterapia Dermatofuncional	40	40	—	80
	Subtotal	180	240	20	440
P7					
	Fisioterapia na Saúde do Idoso	60	60	—	120
	Bioestatística	20	20	—	40
	Fisioterapia em Terapia Intensiva	20	20	20	60
	Fisioterapia Desportiva	20	20	20	60
	Estágio Supervisionado I	—	180	—	180
	Subtotal	120	300	40	460
P8					
	Estágio Supervisionado II	—	260	—	260
	Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I)	20	20	—	40
	Tecnologia Virtual em Saúde	20	—	20	40
	Gestão em Fisioterapia	20	—	20	40
	Eletiva I	40	—	—	40
	Subtotal	100	280	40	420
P9					
	Estágio Supervisionado III	-	360	—	360
	Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II)	20	20	—	40
	Eletiva II	40	—	—	40
	Subtotal	60	380	—	440
Atividades Complementares		—	100	—	100
TOTAL		1.480	2.300	220	4000
Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS (Optativo)		40	—	20	60

Fonte: Secretaria Geral de Ensino (SEGEN) do UNIPÊ, 2013.

*Semipresencial

Anexo 7: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de João Pessoa (FCM)

COMPONENTES CURRICULARES	CARGA HORÁRIA SEMESTRAL		
	TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL
1º SEMESTRE			
Anatomia Humana	54	54	108
Biologia e Genética	36	36	72
Bioquímica	54	18	72
História da Fisioterapia e Integração Profissional	27	27	54
Língua Portuguesa	54	—	54
Psicologia Aplicada à Saúde	54	—	54
Sociologia e Antropologia Biocultural	36	—	36
Total	315	135	450
2º SEMESTRE			
Biofísica	36	36	72
Epidemiologia e Saúde Coletiva	36	36	72
Expressão Corporal	18	18	36
Fisiologia Humana	36	36	72
Histologia e Embriologia	36	18	54
Neuroanatomia	36	36	72
Nutrição	36	—	36
Total	234	180	414
3º SEMESTRE			
Bases Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia	36	18	54
Cinesilogia	36	36	72
Ética, Deontologia e Bioética.	54	-	54
Fisiologia do Exercício	18	36	54
Informática Aplicada à Saúde e Bioestatística	27	27	54
Processos Patológicos Gerais	54	18	72
Recursos Terapêuticos Manuais	27	27	54
Total	252	162	414
4º SEMESTRE			
Cinesioterapia	54	54	108
Eletrotermoterapia	36	36	72
Ergonomia	36	18	54
Farmacologia	54	—	54
Hidroclinesioterapia	18	36	54
Imaginologia	36	36	72
Mecanoterapia	27	27	54
Psicomotricidade	18	18	36
Total	279	225	504
5º SEMESTRE			
Administração em Fisioterapia	54	—	54
Fisioterapia em Pneumologia	72	—	72
Metodologia Científica	36	—	36
Órtese e Prótese	72	—	72
Prática Clínica Fisioterapêutica em Pneumologia	—	54	54
Prática Clínica nas Disfunções Musculoesqueléticas	—	72	72
Reumatologia	54	—	54
Traumato-Ortopedia e Medicina do Esporte	72	—	72
Total	360	126	486
6º SEMESTRE			
Fisioterapia em Cardiologia e Angiologia	72	—	72
Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia	54	—	54
Fisioterapia em Neurologia	90	—	90

Prática Clínica Fisioterapêutica em Cardiologia e Angiologia	—	72	72
Prática Clínica Fisioterapêutica em Geriatria e Gerontologia	—	54	54
Prática Clínica Fisioterapêutica em Neurologia	—	72	72
Prática Hospitalar Aplicada à Fisioterapia	36	36	72
Total	252	234	486
7º SEMESTRE			
Dermato-funcional – Princípios e Fisioterapia Aplicada	54	—	54
Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia	72	—	72
Fisioterapia em Pediatria e Neonatologia	72	—	72
Fisioterapia em UTI	36	36	72
Fisioterapia Preventiva	36	36	72
Prática Clínica Fisioterapêutica em Dermato-funcional	—	54	54
Prática Clínica Fisioterapêutica em Ginecologia e Obstetrícia	—	54	54
Prática Clínica Fisioterapêutica em Pediatria e Neonatologia	—	90	90
Total	270	270	540
8º SEMESTRE			
Atividades Complementares I	—	54	54
Estágio Supervisionado I	—	450	450
Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I)	54	-	54
Total	54	504	558
9º SEMESTRE			
Atividades Complementares II	—	54	54
Estágio Supervisionado II	—	450	450
Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II)	54	-	54
Total	54	504	558
TOTAL GERAL	2.070	2.340	4.410

Fonte: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, 2013.

Anexo 8: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de João Pessoa (FCM)

COMPONENTES CURRICULARES	CARGA HORÁRIA		
	TEÓRICA SEMANAL	PRÁTICA SEMANAL	TOTAL SEMESTRAL
1º SEMESTRE			
Anatomia Humana	3	3	120
Biologia e genética	2	2	80
Bioquímica	1	2	60
História da Fisioterapia	2	—	40
Sociologia e Antropologia Biocultural	2	—	40
Biofísica básica	3	—	60
TOTAL	260	140	400
2º SEMESTRE			
Introdução à Saúde Pública	3	—	60
Fisiologia Humana	2	2	80
Laboratório de Habilidades Profissionais	1	3	80
Neuroanatomia	2	2	80
Histologia e Embriologia	1	1	40
Psicologia Aplicada à Saúde	2	—	40
TOTAL	220	160	380
3º SEMESTRE			
Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia	1	2	60
Cinesiologia e biomecânica	1	2	60
Epidemiologia	2	—	40
Fisiologia do exercício	1	1	40
Patologia geral	2	1	60
Recursos Terapêuticos Manuais	2	2	80
Ética, Deontologia e Bioética	3	—	60
Bioestatística	1	1	40
TOTAL	260	180	440
4º SEMESTRE			
Cinesioterapia	2	3	100
Eletrotermoterapia	2	2	80
Farmacologia	2	—	40
Hidroterapia	1	1	40
Gestão em Fisioterapia	2	—	40
Bioinformática	—	2	40
Psicomotricidade	1	1	40
Metodologia Científica	2	—	40
TOTAL	240	180	420
5º SEMESTRE			
Clínica do Sistema Respiratório	3	—	60
Prática Fisioterapêutica nas Disfunções do Sistema Respiratório	1	3	80
Fisioterapia na Prática Hospitalar	2	1	60
Clínica nas Disfunções Musculoesqueléticas	3	—	60
Prática Fisioterapêutica nas Disfunções Musculoesqueléticas	1	4	100
Fisioterapia na Saúde do Trabalhador	1	3	80
Atividades Complementares I (Resolução No. 23/2008 – CONSUP)	3	—	60
Imaginologia	3	—	60
TOTAL	340	220	560
6º SEMESTRE			

Clínica do Sistema Cardiovascular	3		60
Prática Fisioterapêutica nas Disfunções do Sistema Cardiovascular	1	2	60
Clínica em Gerontologia	2		40
Fisioterapia em Gerontologia	1	2	60
Clínica do Sistema Nervoso	4		80
Prática Fisioterapêutica nas Disfunções do Sistema Nervoso	1	3	80
Órteses e Próteses	1	2	60
TOTAL	260	180	440
7º SEMESTRE			
Fisioterapia Dermatofuncional	1	2	60
Clínica do Sistema Uroginecológico	2		40
Prática Fisioterapêutica nas Disfunções do Sistema Uroginecológico	1	2	60
Clínica Materno-Infantil	4		80
Fisioterapia na Saúde Materno-Infantil	1	4	100
Estágio Supervisionado I		8	160
Fisioterapia Desportiva	1	2	60
TOTAL	200	360	560
8º SEMESTRE			
Atividades Complementares II (Resolução No. 23/2008 – CONSUP)	3		60
Estagio Supervisionado II		18	360
Trabalho de Conclusão de Curso I	2		40
TOTAL	100	360	460
9º SEMESTRE			
Estagio Supervisionado III		18	360
Trabalho de Conclusão de Curso II	2	-	40
TOTAL	40	360	400
TOTAL GERAL	1920	2140	4.060

Fonte: Faculdade de Ciências Médicas, 2013

* Disciplina Optativa: LIBRAS* 40hs.

Anexo 9: Estrutura Curricular Inicial do Curso de Fisioterapia da Associação Paraibana de Ensino Renovado-ASPER- Ano/Período: 2003.1

SÉRIE: 1ª SÉRIE				
DISCIPLINA	AULAS SEMANAIS (TEORIA)	AULAS SEMANAIS (PRÁTICA)	TOTAL	CARGA HORÁRIA SEMESTRAL
Anatomia e neuroanatomia I	4.00		4.00	100
Bases e história da fisioterapia I	2.00		2.00	40
Bioestatística I	4.00		4.00	20
Bioquímica I	2.00		2.00	40
Cinesiologia I	4.00		4.00	80
Fundamentos de biologia I	4.00		4.00	60
Fisiologia I	4.00		4.00	80
Fundamentos de patologia I	2.00		2.00	40
Introdução a enfermagem I	4.00		4.00	20
Saúde pública e ad ser de saúde I	4.00		4.00	20
SÉRIE: 2ª SÉRIE				
Anatomia e neuroanatomia II	4.00		4.00	100
Bases e história da fisioterapia II	2.00		2.00	40
Bioestatística II	4.00		4.00	20
Bioquímica II	2.00		2.00	40
Cinesiologia II	4.00		4.00	80
Fundamentos de biologia II	4.00		4.00	60
Fisiologia II	4.00		4.00	80
Fundamentos de patologia II	2.00		2.00	40
Introdução a enfermagem II	4.00		4.00	20
Saúde pública e ad ser de saúde II	4.00		4.00	20
SÉRIE: 3ª SÉRIE				
Cinesiologia e reeducação funcional I	4.00		4.00	80
Farmacologia I	4.00		4.00	20
Fisioterapia integrada I	4.00		4.00	20
Informática I	4.00		4.00	20
Medicina clínica e cirurgia I	4.00		4.00	80
Método e técnica de avaliação funcional I	4.00		4.00	80
Patologia geral I	4.00		4.00	20
Recursos fisioterapêuticos (eletroterapia I)	4.00		4.00	60
Recursos fisioterapêuticos (hidroterapia I)	2.00		2.00	40
Recursos fisioterapêuticos (massoterapia I)	4.00		4.00	60
SÉRIE: 4ª SÉRIE				
Cinesiologia e reeducação funcional II	4.00		4.00	80
Farmacologia II	4.00		4.00	20
Fisioterapia integrada II	4.00		4.00	20
Informática II	4.00		4.00	20
Medicina clínica e cirurgia II	4.00		4.00	80
Métodos e técnicas de avaliação funcional II	4.00		4.00	80
Patologia geral II	4.00		4.00	20

Recursos fisioterapêuticos (eletroterapia II)	4.00	_____	4.00	60
Recursos fisioterapêuticos (hidroterapia II)	2.00	_____	2.00	40
Recursos fisioterapêuticos (massoterapia II)	4.00	_____	4.00	60
SÉRIE: 5ª SÉRIE				
Ética I	4.00	_____	4.00	20
Fisioterapia clínica I	4.00	_____	4.00	100
Fisioterapia clínica I	4.00	_____	4.00	100
Fisioterapia clínica I	4.00	_____	4.00	100
Fisioterapia preventiva I	4.00	_____	4.00	60
Fisioterapia integrada III	4.00	_____	4.00	20
Método do trabalho científico I	4.00	_____	4.00	20
Psicologia I	4.00	_____	4.00	20
SÉRIE: 6ª SÉRIE				
Ética II	4.00	_____	4.00	20
Fisioterapia clínica IV	4.00	_____	4.00	100
Fisioterapia clínica V	4.00	_____	4.00	100
Fisioterapia clínica VI	4.00	_____	4.00	100
Fisioterapia preventiva II	4.00	_____	4.00	60
Fisioterapia integrada IV	4.00	_____	4.00	20
Método do trabalho científico II	4.00	_____	4.00	20
Psicologia II	4.00	_____	4.00	20
SÉRIE: 7ª SÉRIE				
Estágio supervisionado I	4.00	_____	4.00	400
SÉRIE: 8ª SÉRIE				
Estágio supervisionado II	4.00	_____	4.00	400

Fonte: Associação Paraibana de Ensino Renovado-ASPER, 2013

Anexo 10: Estrutura Curricular Atual do Curso de Fisioterapia da Associação Paraibana de Ensino Renovado-ASPER- Ano/Período: 2013.2

SÉRIE: 1ª SÉRIE				
DISCIPLINA	AULAS SEMANAIS (TEORIA)	AULAS SEMANAIS (PRÁTICA)	TOTAL	CARGA HORÁRIA SEMESTRAL
Fisiologia Geral	3.00		4.00	60
Anatomia Músculo Esquelética	1.50	3.00	4.50	90
Biologia (citologia)	3.00		3.00	60
Bioquímica	1.50		1.50	30
Comunicação e Expressão	1.50		1.50	30
Ciências Sociais	1.50		1.50	30
Estudos Disciplinares				40
Fundamentos de Ações Preventivas em Saúde	1.50		1.50	30
Atividades Práticas Supervisionadas				60
SÉRIE: 2ª SÉRIE				
Anatomia dos Sistemas	1.50	1.50	3.00	60
Biomecânica	1.50	1.50	3.00	60
Cinesiologia	1.50	1.50	3.00	60
Estudos Disciplinares				40
Fisioterapia Preventiva	1.50		1.50	30
Fisiologia do Sistema Regulador	1.50		1.50	30
Neuroanatomia	1.50	1.50	3.00	60
Patologia	1.50		1.50	30
Semiologia Aplic a Fisioterapia	3.00	1.50	4.50	90
Atividades Práticas Supervisionadas				80
SÉRIE: 3ª SÉRIE				
Avaliação Funcional	4.00		4.00	60
Cinesioterapia	4.00		4.00	60
Estudos Disciplinares	4.00		4.00	40
Fisiot Aplic Ativ. Motora	4.00		4.00	60
Hidroterapia e Piscina Terapêutica	4.00		4.00	90
Reeducação Funcional	4.00		4.00	60
Recursos Terapêuticos Manuais	4.00		4.00	60
Termo e Fototerapia	4.00		4.00	60
GRUPO DE OPTATIVAS				
Libras	1.00		1.00	20
Relações Étnico-raciais Afrodescendentes	1.00		1.00	20
Educação Ambiental	1.00		1.00	20
SÉRIE: 4ª SÉRIE				
Atividades Práticas Supervisionadas				72
Estudos Disciplinares				40
Eletroterapia	1.50	1.50	3.00	60
Fisioterapia Ortopédica	3.00	1.50	4.50	90

Fisioterapia Neurológica Pediátrica	3.00	1.50	4.50	90
Fisioterapia Pneumológica	3.00	1.50	4.50	90
Medidas e Avaliações	1.50	1.5	3.0	60
Metodologia do Trabalho Acadêmico	1.50		1.50	30
SÉRIE: 5ª SÉRIE				
Avaliação Diagnóstica	1.50		1.50	30
Atividades Práticas Supervisionadas				72
Estudos Disciplinares				40
Fisioterapia Aplicada à Saúde da mulher	1.50		1.50	30
Fisioterapia cardiológica	3.00	1.50	4.50	90
Fisioterapia Neurológica	3.00	1.50	4.50	90
Fisioterapia Traumatológica e Reumatológica	3.00	1.50	4.50	90
Métodos de Pesquisa	1.50		1.500	30
Políticas Públicas e Inclusão Social	1.50		1.500	30
Psicomotricidade	1.50		1.500	30
SÉRIE: 6ª SÉRIE				
Biossegurança	3.00		3.00	60
Corporeidade e Motricidade Humana	1.50		1.50	30
Estudos Disciplinares				40
Evolução da História da Fisioterapia e Ética	3.00		3.00	60
Estágio Curricular		8.00	8.00	160
Fundamentos de Saúde Coletiva	3.00		3.00	60
Homem e Sociedade	1.50		1.50	30
Interpretação e Produção de Texto	1.50		1.50	30
Psicologia Aplicada à Fisioterapia	3.00		3.00	60
Primeiros Socorros	1.50		1.50	30
Atividades Práticas Supervisionadas				64
SÉRIE: 7ª SÉRIE				
Atividades Práticas Supervisionadas				48
Estudos Disciplinares				40
Ergonomia e Ginástica Laboral	1.50		1.50	30
Estágio Curricular		16.00	16.00	320
Fisioterapia Aplicada à Dermatofuncional	1.50	1.50	3.00	60
Fisioterapia Geriátrica Gerontológica	3.00		3.00	60
Nutrição Aplicada ao esporte	1.5		1.50	30
Noções Básicas de Farmacologia	1.5		1.50	30
Projeto Técnico Científico Interdisciplinar	1.5		1.50	30

SÉRIE: 8ª SÉRIE				
Atividades práticas Supervisionadas				28
Estudos Disciplinares				30
Epidemiologia e Saúde Pública	3.00		3.00	60
Estágio Curricular		16.00	16.00	320
Ética e Deontologia	1.50		1.50	30
Produção Técnico Científica Interdisciplinar		1.50	1.50	30
Tópicos Atuação Profissional	1.50		1.50	30
Atividade Complementares				100

Fonte: Associação Paraibana de Ensino Renovado- ASPER, 2013

Anexo 11: Estrutura curricular inicial do curso de fisioterapia da faculdade Maurício de Nassau (unidade João Pessoa).

SEMESTRE	COMPONENTES CURRICULARES	CARGA HORÁRIA					
		Disciplinas		TCC	Estágio	Atividades complementares	Total
		Teórica	Prática				
1º	Comunicação e Expressão	60					60
	Filosofia e Ética	40					40
	Anatomia Humana	40	40				80
	Citologia e Embriologia	40	20				60
	Biofísica Humana	40	20				60
	Bioquímica Humana	40	20				60
	Saúde Coletiva	40					40
2º	Metodologia da Ciência	40					40
	Economia e Gestão	40					40
	Fisiologia Humana	60	20				80
	Histologia	40	20				60
	Genética Humana	60					60
	Psicologia em Saúde	40					40
	Anatomia Aplicada	40	40				80
3º	Farmacologia	40	20				60
	Patologia Geral	40	20				60
	Cinesiologia e Biomecânica	40	40				80
	Fisiologia Aplicada à Fisioterapia	40	40				80
	Exames Complementares	60					60
	Métodos e Técnicas de Avaliação	30	30				60
4º	Cinesioterapia	40	40				80
	Reeducação Funcional	20	40				60
	Eletrotermofototerapia	40	40				80

	Fisiopatologia Clínica em Traumatologia e medicina desportiva	60					60
	Fisiopatologia Clínica em Reumatologia	40					40
	Prótese e Órtese	20	20				40
	Atenção Básica e Saúde da Família	40					40
5º	Fisioterapia Manual	40	40				80
	Fisioterapia Aquática	40	40				80
	Fisioterapia Dermatofuncional	30	30				60
	Fisioterapia Bucomaxilofacial	20	20				40
	Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia	30	30				60
	Fisioterapia na Atenção Básica de Saúde	20	20				40
	Tópicos Integradores I	40					40
6º	Fisioterapia Desportiva	40	20				60
	Fisioterapia em Traumatologia e Ortopedia	60	20				80
	Fisioterapia em Reumatologia e Geriatria	40	20				80
	Fisiopatologia Clínica em Urologia e Gineco-obstetrícia	60					60
	Estágio Supervisionado I				120		120
	Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS (disciplina optativa)	60					60

7º	Fisioterapia em Urologia e Gineco-obstetrícia	60	20				80
	Fisiopatologia Clínica em Neurologia	60					60
	Fisiopatologia Clínica em Pediatria e Neonatologia	60					60
	Estágio Supervisionado II				120		120
8º	Fisiopatologia Clínica em Cardiologia e Angiologia	40					40
	Fisiopatologia Clínica em Pneumologia	60					60
	Fisioterapia em Neurologia	60	20				80
	Fisioterapia Pediatria	40	20				60
	Estágio Supervisionado III				120		120
9º	Fisioterapia em Cardiologia e Angiologia	40	20				60
	Fisioterapia em Pneumologia	40	20				60
	Fisioterapia em Terapia Intensiva	40	20				60
	Trabalho de Conclusão de Curso I			40			40
	Estágio Supervisionado IV				120		120
	Tópicos Integradores II	40					40
9º	Trabalho de Conclusão de Curso II			40			40
	Estágio Supervisionado V			40	320		360
Atividades Complementares						200	200

Fonte: Faculdade Maurício de Nassau (unidade João Pessoa), 2013

Anexo 12: Estrutura Curricular atual do curso de fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau (unidade João Pessoa)

SEMESTRE	COMPONENTES CURRICULARES	CARGA HORÁRIA					
		Disciplinas		TCC	Estágio	Atividades complementares	Total
		Teórica	Prática				
1º	Comunicação e Expressão	60					60
	Filosofia e Ética	40					40
	Anatomia Humana	40	40				80
	Citologia e Embriologia	40	20				60
	Biofísica Humana	40	20				60
	Bioquímica Humana	40	20				60
	Saúde Coletiva	40					40
	Genética Humana	60					60
2º	Biofísica	40	20				60
	Fisiologia Humana	60	20				80
	Metodologia da Ciência	40					40
	Histologia	40	20				60
	Patologia Geral	40	20				60
	Introdução e Fundamentos da Fisioterapia	40					40
	Anatomia Aplicada à Fisioterapia	20	40				60
3º	Farmacologia em Saúde	40					40
	Farmacologia	40	20				60
	Cinesilogia e Biomecânica	40	40				80
	Fisiologia Aplicada à Fisioterapia	40	40				80
	Exames Complementares	60					60
	Métodos e Técnicas de Avaliação	30	30				60
	Bioestatística	20	20				40
4º	Cinesioterapia	40	40				80
	Reeducação Funcional	20	40				60
	Eletrotermofototerapia	40	40				80

	Fisiopatologia Clínica em Traumato-ortopedia e medicina desportiva	60					60
	Fisiopatologia Clínica em Reumatologia e Geriatria	40					40
	Prótese e Órtese	20	20				40
	Atenção Básica e Saúde da Família	40					40
5º	Fisioterapia Manual	40	40				80
	Fisioterapia Aquática	40	40				80
	Fisioterapia Dermatofuncional	30	30				60
	Fisioterapia Bucomaxilofacial	20	20				40
	Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia	30	30				60
	Fisioterapia na Atenção Básica de Saúde	20	20				40
	Língua Brasileira de Sinais- LIBRAS (disciplina optativa)	60					60
6º	Fisioterapia Desportiva	40	20				60
	Fisioterapia em Traumatologia e Ortopedia	60	20				80
	Fisioterapia em Reumatologia e Geriatria	40	20				80
	Fisiopatologia Clínica em Urologia e Gineco-obstetrícia	60					60
	Estágio Supervisionado I				120		120
7º	Fisioterapia em Urologia e Gineco-obstetrícia	60	20				80
	Fisiopatologia Clínica em Neurologia	60					60

	Fisiopatologia Clínica em Pediatria e Neonatologia	60					60
	Tópicos Integradores I- Fisioterapia	40					40
	Estágio Supervisionado II				120		120
8º	Fisiopatologia Clínica em Cardiologia e Angiologia	40					40
	Fisiopatologia Clínica em Pneumologia	60					60
	Fisioterapia em Neurologia	60	20				80
	Fisioterapia Pediatria e neonatologia	40	20				60
	Estágio Supervisionado III				120		120
9º	Fisioterapia em Cardiologia e Angiologia	40	20				60
	Fisioterapia em Pneumologia	40	20				60
	Fisioterapia em Terapia Intensiva	40	20				60
	Trabalho de Conclusão de Curso Aplicado a Fisioterapia I			40			40
	Estágio Supervisionado IV				120		120
10º	Tópicos Integradores II	40					40
	Trabalho de conclusão de Curso Aplicado a Fisioterapia II			40			40
	Estágio Supervisionado V				320		320
	Atividades Complementares (livre)					200	200

Fonte: Faculdade Maurício de Nassau (unidade João Pessoa), 2013