NANCY JEANET MOLINA ACHURY

**Educação em fisioterapia:
análise crítica desde a prática profissional**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza
D'Ávila Viana

SÃO PAULO

2015

NANCY JEANET MOLINA ACHURY

**Educação em fisioterapia:
análise crítica desde a prática profissional**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza
D'Ávila Viana

SÃO PAULO

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Molina Achury, Nancy Jeanet

Educação em fisioterapia : análise crítica desde a prática profissional / Nancy Jeanet Molina Achury. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Ana Luiza D'Ávila Viana.

Descritores: 1.Educação profissionalizante 2.Educação superior 3.Prática profissional 4.Fisioterapia 5.Recursos humanos 6.Autonomia profissional 7.Ensino 8.Corporações profissionais

USP/FM/DBD-230/15

Nancy Jeanet Molina Achury

Educação em Fisioterapia: análise crítica desde a prática profissional.

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutor em Ciências.**

Área de concentração: Medicina Preventiva

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho, com imenso amor a meus filhos Antonio e Valentina, que são meu estímulo e minha esperança de um mundo melhor.

A Armando, concretização de amor e companheirismo, pela possibilidade do diálogo e do questionamento enriquecedor que me faz persistir.

A meus pais, Irene e Cipriano, meus melhores mestres. Minha mãe em sua urgência de construir uma identidade de mulher livre e meu pai em seu testemunho de sensibilidade e amor.

A minhas companheiras de viagem na vida, minhas irmãs, minhas amigas do Grupo Guillermo Fergusson, por seu amor e estímulo permanente.

A meus alunos, dentro e fora da Universidade.

Agradecimentos

Este trabalho foi muito gratificante porque foi um trabalho no qual pensei a mim mesma com e através do outro... individual e coletivo. E aqui são muitas as pessoas a mencionar.

Quero expressar meu agradecimento especial ao professor Paulo Eduardo Mangeon Elias (In Memoriam). Sua orientação foi fundamental na primeira etapa deste trabalho.

À professora Ana Luiza D'Ávila Viana por suas valiosas contribuições e por sua disponibilidade permanente para a elaboração e conclusão deste trabalho.

Às colegas e amigos que conheci e reconheci neste processo. Em especial a Sandra Forero, Diana Ramos, Mónica Quintana, Diana Camargo, John Benavides e aos alunos da disciplina de Aprofundamento do Movimento Corporal, Saúde e Trabalho, que acompanharam parte destas reflexões.

Às diretorias da Associação Colombiana de Fisioterapia, Associação de Faculdades de Fisioterapia e do Colégio Colombiano de Fisioterapeutas.

A Martha Sarmiento, Victoria Molina, Dunia Casas, Jackelin Agudelo e Pilar Mogollón por compartilhar suas amplas experiências e com elas contribuir para enriquecer este trabalho.

Às professoras e professores, alunos e egressos do Departamento do Movimento Corporal Humano da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional da Colômbia, por sua participação generosa.

Às companheiras do LIGRESS/HCor por sua acolhida, estímulo e apoio permanente: Kássia Fernádes, Tatiana Yonekura e Otília Seifert.

A Lilian Prado e Camila Reginaldo do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, por seu permanente apoio e disposição.

Ao Édison Mendes de Almeida por seu cuidadoso trabalho de tradução.

Um agradecimento especial para a Universidade Nacional da Colômbia, minha casa há 32 anos, por seu apoio para a realização deste doutorado.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referência: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

Listas de figuras, quadros, tabelas e siglas

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - FUNDAMENTOS: ENSINO E ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA DA FISIOTERAPIA NA COLÔMBIA	13
CAPÍTULO 1. ENSINO SUPERIOR UNIVERSITÁRIO NA COLÔMBIA	15
1.1. ANTECEDENTES DO ENSINO SUPERIOR NA COLÔMBIA.....	15
1.2. O CURSO DE FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE COLOMBIA.	25
CAPÍTULO 2. A ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA DA FISIOTERAPIA NA COLÔMBIA.....	37
2.1. BREVE DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA COLÔMBIA E SEU IMPACTO NA PRÁTICA PROFISSIONAL	37
2.2. DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA DA FISIOTERAPIA NA COLÔMBIA	43
2.2.1. Origens da prática na Colômbia (1928 - 1946)	45
2.2.2. Institucionalização de uma prática técnica sob o controle médico (1942 – 1962).....	48
2.2.3. Reconhecimento da prática profissional e desenvolvimento corporativo (1963 – 1992)	53
2.2.4. Enfraquecimento do trabalho de organização da corporação pelo distanciamento entre trabalho associativo e educação profissional (1993 – 2004). 62	
2.2.5. Crise de identidade laboral, educacional e de organização corporativa (2005 - 2013).....	71
PARTE II - MARCO TEÓRICO E METODOLOGIA.....	81
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO.....	83
3.1. A EDUCAÇÃO NA TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS	84
3.2. O FUNCIONALISMO: A EDUCAÇÃO COMO MEIO PARA O PROGRESSO	85
3.3. A EDUCAÇÃO A PARTIR DE TEORIAS CRÍTICO-REPRODUTIVISTAS	86
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS, METODOLOGIA E INSTRUMENTOS.....	97
4.1 OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	97
4.2. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS	99
PARTE III- ESTUDOS EMPÍRICOS	107
CAPÍTULO 5. CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS GRADUADOS NO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE COLÔMBIA.....	109
5.1. CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	111

5.2. CONDIÇÃO GERAL DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	113
5.3. VALORIZAÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO	117
5.4. CONDIÇÃO DO TRABALHO	117
5.5. IDENTIDADE E AUTONOMIA	121
5.6. PARTICIPAÇÃO E ORGANIZAÇÃO CORPORATIVA, SOCIAL E CIDADÃ	122
5.7. CONDIÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA	123
5.8. CONDIÇÕES DE SAÚDE	124
5.9 A VISÃO DOS FORMADOS DE SUA SITUAÇÃO PROFISSIONAL E DE TRABALHO	129
CAPÍTULO 6. O PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE COLOMBIA. UMA LEITURA A PARTIR DE DOCENTES E ESTUDANTES.	139
6.1. VALORES E SIGNIFICADOS PROMOVIDOS PELO PROGRAMA DE FORMAÇÃO	139
6.2. ORGANIZAÇÃO DO CURRÍCULO	145
6.3. CONTEÚDO DO CURRÍCULO	153
6.4. MODELO PEDAGÓGICO, MODALIDADE E MÉTODO	156
6.5. AVALIAÇÃO.....	162
6.6. GERAÇÃO E APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO.....	165
CONCLUSÕES. VÍNCULO PRÁTICA PROFISSIONAL – EDUCAÇÃO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA. O CASO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE COLÔMBIA.....	169
CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
ANEXOS.....	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	253

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1.	Valores e significados promovidos pelo programa de formação. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.....	141
Figura 2.	Organização do currículo. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.....	147
Figura 3.	Organização do Plano de Estudos. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.	149
Figura 4.	Conteúdo do currículo. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.....	154
Figura 5.	Modelo pedagógico, modalidade e método. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.....	159
Figura 6.	Avaliação. Curso de Fisioterapia, Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.....	164
Figura 7.	Geração e apropriação do conhecimento. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 2014.....	166

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Caracterização de participantes nos grupos focais de egressos	102
Quadro 2.	Categorias ordenadoras dos componentes 1 e 2	103
Quadro 3.	Caracterização dos docentes entrevistados	104
Quadro 4.	Caracterização de participantes nos grupos focais de estudantes ...	105
Quadro 5.	Categorias ordenadoras do componente 3	106
Quadro 6.	Situação atual da prática profissional. Principais achados	138
Quadro 7.	Vínculo prática profissional – educação superior em fisioterapia	183
Quadro 8.	Estructura del Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014.	195
Quadro 9.	Estructura general de los componentes del Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014	195
Quadro 10.	Caracterización del grupo docente de planta del Programa de Fisioterapia. Universidad Nacional de Colombia 2014	203
Quadro 11.	Resultado de factores de evaluación. Proceso de reacreditación 2011. Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014	204

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Condições sociodemográficas. Egressos do Curso de Fisioterapia. Universidade Nacional da Colômbia, 1980 - 2012....	231
Tabela 2.	Escolaridade. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	232
Tabela 3.	Campos de atuação. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	232
Tabela 4.	Áreas de atuação profissional. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	233
Tabela 5.	Cenário da prática e Setor. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	234
Tabela 6.	Atuação por ciclos vitais. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	235
Tabela 7.	Nível de intervenção. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	235
Tabela 8.	Tempo de egressos da graduação. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	236
Tabela 9.	Tempo de exercício profissional. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	236
Tabela 10.	Tempo transcorrido da graduação à obtenção do primeiro emprego em Fisioterapia. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012.....	237
Tabela 11.	Desemprego. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	237
Tabela 12.	Emprego. Egressos do Curso de Fisioterapia Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	237
Tabela 13.	Multiemprego. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012.....	237
Tabela 14.	Cobrança por Atendimento domiciliar. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	238
Tabela 15.	Avaliação social da profissão. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	238
Tabela 16.	Tipo e Formas de contratação. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 190 – 2012	239

Tabela 17.	Natureza jurídica do lugar de trabalho. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	239
Tabela 18.	Rendas mensais. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	240
Tabela 19.	Seguridade social. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012.....	240
Tabela 20.	Férias. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	241
Tabela 21.	Exposição a risco de trabalho. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012.	241
Tabela 22.	Moveis e equipamentos. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012.....	242
Tabela 23.	Exigências do trabalho. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	242
Tabela 24.	Identidade e autonomia. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	243
Tabela 25.	Participação e organização corporativa, social e ciudadã. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	244
Tabela 26.	Condições socioeconômicas, casa própria e serviços públicos. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	245
Tabela 27.	Satisfação pessoal e profissional. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	245
Tabela 28.	Percepção do estado de saúde. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	246
Tabela 29.	Ocorrências em saúde. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012.....	247
Tabela 30.	Acidentes de trabalho e incapacidades. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	248
Tabela 31.	Condições diferenciales por campos de atuação. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	249
Tabela 32.	Condições de trabalho segundo campo. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	250

Tabela 33.	Condições de trabalho segundo nível de educação. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	251
Tabela 34.	Condições de trabalho segundo tempo de formado. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012	251
Tabela 35.	Condições de trabalho segundo o sexo. Egressos do Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional da Colômbia, 1980 – 2012 ...	252

LISTA DE SIGLAS

AID	Agência Internacional para o Desenvolvimento
APTA	Associação Americana de Fisioterapia
ARL	Administradora de Riscos Laborais
ARS	Administradora de Regime Subsidiado
ASCOFAFI	Associação Colombiana de Faculdades de Fisioterapia
ASCOFI	Associação Colombiana de Fisioterapia
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CLAFK	Confederação Latino-americana de Fisioterapia y Kinesiologia
CNA	Conselho Nacional de Acreditação
COLFI	Colégio Colombiano de Fisioterapeutas
CONACES	Comissão Intersetorial para a Garantia da Qualidade
COPSA	Confederação das Organizações de Profissionais da Saúde
CSU	Conselho Superior Universitário
ECAES	Exame de Qualidade do Ensino Superior
EPS	Entidades Promotoras de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FOSYGA	Fundo de Solidariedade e Garantia
ICETEX	Instituto Colombiano de Crédito Educativo e Estudos Técnicos no Exterior
ICFES	Instituto Colombiano de Fomento da Educação Superior
IPS	Instituição Prestadora de Saúde
ICSS	Instituto Colombiano de Seguro Social
MCH	Movimento Corporal Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PEI	Programa Educativo Institucional
PEP	Projeto Educativo de Programa
SACES	Sistema de Informação de Garantia da Qualidade do Ensino Superior
SENA	Serviço Nacional de Aprendizagem
SNIES	Sistema Nacional de Informação do Ensino Superior

SOAT	Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito
SPADIES	Sistema de Prevenção de Evasão no Ensino Superior
TICS	Tecnologias de Informação e Comunicação
WCPT	World Confederation for Physical Therapy

RESUMO

Molina Achury NJ. *Educação em Fisioterapia: Análise crítica desde a Prática Profissional* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Este estudo trata da Educação em Fisioterapia e busca reconhecer e problematizar os aspectos que estruturam a relação educação – prática profissional, para identificar elementos orientadores para uma educação que promova a construção de consciência crítica. Entende-se que a educação profissional é, em termos gerais, o processo de preparação para a prática profissional, com o qual se configura uma lógica de predomínio da organização dos serviços assistenciais no processo educativo; em consequência, cabe perguntar como tal organização influencia a formulação da Educação em Fisioterapia. Destaca-se o fato de que os processos de formulação curricular e desenho das disciplinas – tanto para a formação em disciplinas da saúde em geral, como na Fisioterapia em particular – não consideram uma aproximação explícita aos sistemas e à organização dos serviços, como aspecto estruturante da própria prática profissional ao tempo que a referência das necessidades em saúde, como orientadora na definição de conteúdos curriculares, é fraca e com frequência desvirtuada, na medida em que ela reflete os próprios limites de compreensão da realidade, que com frequência negam as críticas e inclusive o desenvolvimento de outras formas de interpretação, mantendo os marcos hegemônicos do conhecimento muitas vezes influenciados pelos interesses e lógicas dos serviços que, frequentemente, acabam modelando tais necessidades. Neste sentido, é frequente que a avaliação dos processos de educação seja desenvolvida desde uma lógica autocentrada e instrumental do próprio processo educativo, que não permite a aproximação a marcos analíticos que deem conta da relação prática profissional – educação, na qual a estrutura de organização da primeira tem um papel definitivo sobre a segunda, fazendo com que o impacto da própria educação se dê em campos limitados, no sentido de animar transformações de fundo, tanto no desenvolvimento da disciplina como na prática em si. Metodologicamente, busca-se reconhecer os elementos ordenadores do processo educativo, já não no próprio processo de educação, mas na organização do trabalho assistencial, em termos de suas lógicas, seus relacionamentos e suas contradições, a partir de uma perspectiva histórica que reconheça sua origem e seu movimento. Neste sentido, a aproximação ao processo educativo que coloca como elemento ordenador as práticas profissionais, em uma perspectiva que as reconhece como expressão da estrutura social e historicamente construída, define-se como um exercício de análise crítica da proposta educativa, que para o caso que nos ocupa toma como referencial de análise a proposta do programa de Fisioterapia da Universidade Nacional da Colômbia, uma vez que o mesmo se reconhece como de alta qualidade e legitimidade social no cenário nacional e internacional. A referência central se constrói a partir da análise do exercício profissional e seu impacto no processo de ensino, o que inclui, entre outros aspectos, o currículo, a pedagogia e a didática, em uma lógica que os articula à estrutura de organização do trabalho, numa perspectiva de reconhecer em tal relação sua historicidade, as relações, as contradições e as possibilidades para sua transformação, como elementos orientadores do processo de formação e posterior exercício profissional.

Descritores: educação profissionalizante; educação superior; prática profissional; fisioterapia; recursos humanos; autonomia profissional; ensino; corporações profissionais.

ABSTRACT

Molina Achury NJ. *Education in Physiotherapy: a Critical Analysis from a Professional Practice Perspective* [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

This study addresses Education in Physiotherapy and aims to recognize and problematize the aspects that structure the education – professional practice relationship, in order to identify guiding elements for an education that promotes the development of critical consciousness. Professional education is understood as, in broad terms, the preparation process for professional practice, with which is established the logic of predominance of healthcare services organization in the educational process; consequently, one question that should be asked is how such organization affects the conception of Education in Physiotherapy. Attention is drawn to the fact that the processes of curriculum formulation and discipline design – both for the study of health disciplines in general and Physiotherapy in particular – do not take into consideration an explicit approach to systems and service organization, as a structural aspect of the professional practice itself; moreover, the approach to health needs, as a guidance in the formulation of curriculum contents, is weak and often misrepresented, since such approach reproduces the own limits of understanding reality, and frequently denies not only criticism but even the development of other forms of interpretation, maintaining the hegemonic frameworks of knowledge often influenced by the services interests and logics, and which finally shape the needs. In this sense, the evaluation of the education processes are often developed from a self-centered and instrumental perspective of the educational process itself, which does not allow the approach to analytical frameworks that give full account of the professional practice – education relationship, in which the former organization structure plays a key role on the latter; this means that the impact of education itself takes place in limited fields, regarding background changings, both in discipline development and practice itself. Methodologically, this study aims at recognizing the guiding elements of the educational process, based not on the education process itself, but in the organization of health care work, in terms of its logics, relationships, and contradictions, from a historical perspective that acknowledges its origin and movement. In this sense, the approach to an educational process that establishes professional practices as the guiding element, in a perspective that recognized them as expression of the social structure and historically build, is defined as an exercise of critical analysis of the educational proposal; for this study, we adopt as the analysis framework the proposal of the Physiotherapy Program of the Colombia National University, which regards itself as of high quality and with social legitimacy in both national and international levels. The central approach is developed from the analysis of the professional practice and its impact on the teaching process, which includes, among others, curriculum, pedagogy, and didactic aspects, in a perspective that articulates them to the work organization structure, and recognize in such relation its historicity, relationships, contradictions, and possibilities for their change, as guiding elements of the education process and subsequent professional practice.

Descriptors: education, higher; education, professional; professional practice; physical therapy specialty; human resources; professional autonomy; teaching; professional corporations.

INTRODUÇÃO

Este estudo trata da Educação em Fisioterapia buscando reconhecer e problematizar os aspectos que estruturam a relação educação – prática profissional, visando identificar elementos orientadores para uma educação que promova a construção de consciência crítica.

A prática profissional do fisioterapeuta refere-se à promoção de saúde e atenção a doenças em instituições que prestam serviços de saúde (60%) (Herrera; Camargo, 2004), como em outras instituições, tais como escolas (Molina, 2013), unidades de trabalho (Molina, 2006), grupos comunitários (Molina; Ángel, 2013) ou populações (Landinez; Grimaldos, 2006) (Ocampo et al., 2012).

Este trabalho retoma o diálogo direto com profissionais da Fisioterapia dedicados à prestação de serviços assistenciais na rede pública e privada na cidade de Bogotá, que apresentam uma grave problemática em termos de barreiras estruturais para a atenção integral, sustentada nos marcos da atual organização dos serviços assistenciais, Lei 100 de 1993, (Congreso de la República, 1993) numa profunda limitação profissional, em termos, por exemplo, de autonomia, abrangência, integralidade, efetividade, qualidade, para mencionar os mais comuns e face aos quais os profissionais questionam a relevância da formação recebida; de um lado, pela ausência de elementos que permitam compreender a dinâmica dos relacionamentos no mundo do trabalho e, de outro, a relevância do que foi aprendido numa dinâmica que, com frequência, parece caminhar na contramão dos fundamentos básicos da ética profissional.

Esta avaliação é compartilhada por alguns estudos que tratam do funcionamento e a estrutura do sistema e seu impacto na prática profissional, os quais referem mudanças na organização das atividades e serviços, pauperização das condições materiais para o desenvolvimento das mesmas, perda do reconhecimento social da profissão e, em geral, das ciências da saúde nas mãos de novas figuras como os administradores e gestores de saúde, e deterioração das condições de trabalho dos profissionais; situações frente às quais os profissionais se sentem desprestigiados. (Herrera, 2011; Herrera; Camargo, 2004).

Uma vez reconhecido o peso da organização dos serviços assistenciais na prática profissional, e entendendo que a educação profissional é em termos gerais o processo de preparação para essa prática, cabe perguntar como a primeira influencia a formulação dos programas de formação. Nesta perspectiva, faz todo sentido perguntar-se sobre o lugar dessa jovem profissão, que transitou de carreira técnica a carreira profissional de formação superior, na estrutura de profissões do setor (Cobo, 2011; Herrera et al., 2004); sobre a autonomia profissional (Barros, 2003; Mulero, 2003); sobre o lugar ocupado pela reabilitação na estrutura do sistema, núcleo central desse fazer profissional; sobre a composição de sua força de trabalho eminentemente feminina (García, 2011; Ortiz, et al., 2004) e sua relação com condições sócio-laborais específicas (Flórez, et al., 2009); entre outros aspectos, e seu lugar no desenho das propostas de formação profissional que definem um modelo de profissional, os planos de estudo e as disciplinas ou temas a serem considerados elementos básicos para os currículos universitários.

Estes aspectos não podem ser entendidos como autônomos ou isolados de uma perspectiva que os orienta e contribui para a compreensão da realidade, suas interações, suas tendências e tensões. No entanto, o desenho curricular com frequência define como um dos primeiros passos a caracterização do contexto social, reduzindo frequentemente sua análise a assuntos tais como necessidades em saúde, perfil profissional, condições do mercado profissional; com isso ele se torna instrumento para a ideia de formar profissionais para uma realidade instituída, o que não permite a aproximação de um marco analítico que dê conta da relação prática profissional - educação abrangente e crítica, na qual assuntos como a lógica do sistema, a estrutura organizacional, relações entre os atores, mudanças e tendências dos mesmos desempenham papel definitivo sobre a formação, o desenho e o próprio conteúdo do currículo.

Ampliando o contexto da investigação, uma primeira questão a se levar em conta está relacionada a o que é hoje a Fisioterapia enquanto profissão. Em relação a isso, basta dizer inicialmente que a Fisioterapia, em nível mundial, tem como antecessores mais próximos de sua profissionalização a utilização de práticas tais como hidroterapia, eletroterapia, mecanoterapia, exercícios e ginástica ativa e passiva, massagem e reeducação muscular, entre outras, as quais no século XIX já contavam com um importante desenvolvimento científico e um número crescente de trabalhos publicados, e iam sendo incorporadas à formação dos médicos. No século XX nasce como tal a

Fisioterapia, como uma profissão e como uma disciplina científica vinculada as novas correntes de pensamento e seu impacto na compreensão do conceito saúde-doença; a sistematização e publicação de saberes acumulados sobre o uso de meios físicos e o amplo desenvolvimento de movimentações articulares, técnicas manuais e massagem por um número significativo e crescente de autores; o desenvolvimento de técnicas de medição e avaliação como suporte ao diagnóstico fisioterapêutico (Gallego, 2007). No entanto, além desses aspectos, é necessário destacar que o nascimento da profissão resulta também de uma demanda social e econômica de amplo espectro, relacionada às epidemias de pólio e à I Guerra Mundial, nas primeiras décadas do século XX. Essa demanda estimula a generalização das práticas, antes mesmo da definição de um corpo de conhecimentos próprio e definidor da formação do profissional da área, resultando num sincretismo entre médicos e enfermeiras no exercício dessa prática profissional. Nesse processo a nova prática emerge vinculada à divisão interna do trabalho médico, no âmbito do qual se exige que certas atividades de atenção e reabilitação estejam organizadas sob o controle do profissional de medicina, como forma de realinhá-las assegurando-lhes condições de status social e econômico. Assim, a Fisioterapia surgiu como uma atividade auxiliar da Medicina que, mais recentemente, vem conquistando o status de profissão autônoma.

Na Colômbia, a Fisioterapia é reconhecida como uma profissão liberal da área da saúde, que contribui para o desenvolvimento humano e social dos indivíduos e grupos humanos com os quais trabalha, através da Lei 528 de 1999 (Congreso de la República, 1999):

A Fisioterapia é uma profissão liberal, da área da saúde, com formação universitária, cujos sujeitos de atenção são o indivíduo, a família, no ambiente em que vivem. Seu objetivo é o estudo, compreensão e orientação do movimento corporal humano, como elemento essencial da saúde e do bem estar do homem. Orienta suas ações para a manutenção, otimização ou potencialização do movimento assim como à prevenção e recuperação de suas alterações e à habilitação e reabilitação integral das pessoas, com o objetivo de otimizar sua qualidade de vida e contribuir para o desenvolvimento social. Seu exercício profissional se fundamenta nos conhecimentos das ciências biológicas, sociais e humanas, assim como em suas próprias teorias e tecnologias.

A Fisioterapia, como prática organizada nas instituições de saúde, aparece no país na segunda metade do século XX, vinculada à atenção às populações que sofrem transtornos de movimento de origem muscular, traumatológica e, posteriormente, neurológica. Em 1952, institucionaliza-se e regulamenta-se a formação, a partir do primeiro curso oferecido pela Escuela Nacional de Fisioterapia (atual Escuela Colombiana de Rehabilitación); em 1953 é criada uma entidade profissional, a Asociación Colombiana de Fisioterapia –ASCOFI- cuja participação oficial, como membro da Confederação Mundial de Fisioterapia seria formalizada em 1959. A regulamentação da prática, inicialmente como uma técnica, foi estabelecida pelo Decreto 1056 de 1954 (Congreso de la República, 1954) definindo-a como atividade auxiliar da Medicina, sob a supervisão de um médico graduado ou das especialidades de ortopedia e traumatologia, neurologia, neurocirurgia ou similares, que foi substituído pela Lei 9 de 1976 (Congreso de la República, 1976) na qual modifica-se a figura de direção médica pela de prévio diagnóstico e prescrição por um médico graduado e estabelece a formação universitária. Finalmente, chega-se ao reconhecimento de seu objeto profissional e de seu caráter de profissão liberal com a Lei 528 de 1999, que vige atualmente (Congreso de la República, 1999).

O reconhecimento desse desenvolvimento histórico da profissão – necessário para compreender melhor o presente – é uma tarefa relativamente recente, em que os esforços realizados se concentraram numa perspectiva de corte institucional. Assim, embora tenham significado um aporte importante ao tema, esses esforços não levam em conta aspectos centrais do desenvolvimento da prática profissional no contexto de uma sociedade capitalista como a nossa, onde as próprias transformações da organização social do trabalho e o lugar das profissões dentro dela, assim como as relações interprofissionais decorrentes, o status profissional dentro do setor saúde, o reconhecimento social, a autonomia e finalmente as condições mesmas de realização da prática profissional precisam ser consideradas, problematizadas e caracterizadas. Enquanto não se conta com uma definição histórica nesse sentido, a primeira tarefa a ser realizada é a tentativa de aproximar o desenvolvimento histórico da prática da Fisioterapia na Colômbia com o objetivo de compreendê-la no contexto da organização social do trabalho.

Compreender o processo histórico ajuda a interpretar o presente. A este respeito, as informações oficiais mais recentes passaram a diferenciar o que é específico da

Fisioterapia da nomenclatura generalizante de “Terapias” que era utilizada anteriormente. Assim, os dados do Ministério da Educação indicam que, no período entre 2001 e 2012 o país tinha formado 16.648 profissionais em Fisioterapia (Ministerio de Educación Nacional, 2013).

Enquanto isso, o Ministério da Saúde e Proteção Social informou que no ano 2012, com base nos registros de contribuições para a seguridade social, que o país tinha 11.413 profissionais ativos em fisioterapia. Esta referencia indicou que entre as principais características desse grupo profissional estão: a maior presença de mulheres (numa relação de 8,1 mulheres para cada homem); um grupo populacional jovem (78% na faixa de 26 a 35 anos de idade); 60% prestam serviços de atenção em instituições de saúde, sendo 94.6% no setor privado. 40.65% mantêm contrato de prestação de serviços e apenas 2.8% atuam de forma independente, como profissionais liberais. Considerando os registros de renda básica de contribuição, o profissional de Fisioterapia tem uma renda mensal inferior à renda de médicos, enfermeiras e dentistas; algo equivalente a \$ 952.920,00¹ pesos colombianos, o que corresponderia a uma relação, em favor dessas três categorias citadas, da ordem de 2,74, 1,70 e 1,07, respectivamente (Ministério de Salud y Protección Social, 2012a).

Como já foi observado, enquanto os dados vão sendo agrupados e se trabalha com relatórios parciais, esta tese requer uma segunda grande tarefa, qual seja a de caracterizar as condições da organização e da prática profissional atual, no contexto da lógica de organização e situação presente do sistema de saúde colombiano, ainda que a prática profissional apresente uma tendência crescente de se aventurar em outros setores de atividade. Estas aproximações propostas permitirão interpretar e dar maior significado ao exercício de análise da Educação em Fisioterapia.

Agora, em relação à Educação em Fisioterapia, alguns elementos iniciais indicam que mesmo na Europa, segundo ANECA (2004), considerando 28 países europeus, ela tem qualificação de ensino superior, com perfil de formação profissionalizante, com duração entre três e quatro anos, sendo a tendência quatro anos, com direito a mestrado e doutorado.

¹ Para o ano 2012, 1 dólar americano equivalia a \$1.768 pesos colombianos.

² Universidad Nacional de Colombia, Universidad Manuela Beltrán, Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de Boyacá, Universidad del Cauca, Universidad Industrial de Santander, Universidad del Valle.

³ O curso de Fisioterapia da Universidad Nacional realizou seu primeiro processo de acreditação

Na América Latina, o Estudo de Equiparação Curricular e Globalização em Fisioterapia, feito em 2003, afirma que a institucionalização da educação na fisioterapia/cinesiologia começou em 1922 na Argentina. O estudo que incluiu oito países da região, identifica como principais características: a grande heterogeneidade da nomenclatura do título e dos currículos básicos de formação; a presença em todos os países de organizações científico-profissionais; a existência dos níveis de formação de técnico, tecnólogo e universitário. Na região, em 2000, havia 68 cursos, 42 dos quais foram criados na década de 90. Na mesma época a Colômbia tinha a maior quantidade de cursos (25) e o maior número de cursos particulares (20), demonstrando a profundidade da privatização da educação, e em contraste com a tendência regional, em que o setor privado responde por 51,5% dessa oferta. Somente três países reportaram treinamento especializado. Na região existe, desde 1969, a Confederação Latino-Americana de Fisioterapia e Cinesiologia (CLAFK), vinculada à Confederação Mundial de Fisioterapia – WCPT (Sarmiento, et al., 2004a).

Na Colômbia o primeiro curso de formação surge em 1952, com caráter de formação técnica, por iniciativa privada. Até o ano de 1974, a oferta total cresce para quatro cursos de Fisioterapia (Sarmiento, et al., 2004b).

A partir da formulação da Lei 30 de 1992 (Congreso de la República, 1992) se abre caminho para um processo de ampliação da oferta de educação superior, via privatização que, em relação à Fisioterapia significou passar dos seis cursos existentes no início da década de 90 para 26 cursos em 2003 e 35 cursos em 2012. Em termos de qualidade, o Decreto 2904 de 1994, adotou o “Sistema Nacional de Acreditação”, para garantir que as instituições voluntariamente vinculadas a ele cumprissem os mais altos requisitos de qualidade e realizassem voluntariamente seus propósitos e objetivos. Até agosto de 2014 apenas sete dos 35 cursos de Fisioterapia estavam credenciados² (CNA, 2014).

Com intenções semelhantes, mais tarde, foram promulgados os Decretos 917 de 2001 (Ministerio de Educación Nacional, 2001) e 1781 de 2003, (Ministerio de Educación Nacional, 2003) que estabeleceram respectivamente: os padrões de qualidade dos cursos de graduação em ciências da saúde a que as instituições de educação superior

² Universidad Nacional de Colombia, Universidad Manuela Beltrán, Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de Boyacá, Universidad del Cauca, Universidad Industrial de Santander, Universidad del Valle.

devem chegar antes da criação, na oferta e funcionamento dos cursos; e a aplicação do Exame de Qualidade da Educação Superior (Examen de Calidad de la Educación Superior – ECAES), provas acadêmicas de caráter oficial e obrigatório, e que fazem parte de um conjunto de instrumentos que o governo nacional possui para avaliar a qualidade do serviço educativo, hoje chamadas provas Saber Pro; no caso da Fisioterapia essas provas foram realizadas pela primeira vez no ano de 2004 (Muñoz, 2015) e seus resultados mostram, no período acumulado entre 2004 e 2010, que os cursos da Universidad del Valle, da Universidad del Cauca e da Universidad Nacional, todos públicos, ocupam os três primeiros lugares com os melhores resultados em ECAES (Observatorio de la Universidad Colombiana, 2015).

Em relação à definição dos currículos e seu vínculo com a compreensão da organização da prática profissional, uma primeira observação mostra que os processos de formulação curricular e projetos de curso consideram como elemento central o treinamento para o fazer profissional concebido como algo já dado e instituído; um treinamento que, embora leve em conta as reflexões e desenvolvimentos disciplinares, não deixa margem para o estudo e a compreensão da organização própria da prática profissional. Com isso o processo de formação abandona a possibilidade de que os futuros profissionais problematizem, reflitam e interfiram, não apenas no desenvolvimento do saber, mas, também, nos arranjos sociais que envolvem o exercício da profissão e seu próprio desempenho. Exemplo disso está no fato de a metodologia de concepção dos programas, em geral, considerar os aspectos de vinculação do profissional ao meio de atuação apenas no que se refere às necessidades em saúde ou aos aspectos das demandas do mercado de trabalho, como tempo para conseguir um emprego, tipos ou formas de recrutamento, atividades profissionais desenvolvidas, salários, satisfação com o desempenho profissional tanto pelo empregador como pelo próprio profissional, (para mencionar as mais significativas). Caracteriza-se, assim, uma perspectiva instrumental, que não permite uma avaliação que se aproxime de um marco analítico capaz de dar conta da relação prática profissional–educação, na qual assuntos como lógica do sistema, estrutura de organização, relações entre atores, mudanças e tendências dos mesmos têm um papel definitivo sobre a educação.

Propomos que a análise da relação prática profissional–educação se realize considerando a proposta de programa educativo em Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia, uma vez que ela se desenvolve há 44 anos, sendo considerada

um programa de excelência na formação de Fisioterapeutas no país, segundo os critérios do processo de acreditação nacional, consignados no Decreto 917 de 2001 (Ministerio de Educación, 2001)³. Por sua vez, este curso tem desenvolvido processos de autoavaliação, acreditação e re-acreditação que fornecem subsídios para seu próprio desenvolvimento, numa perspectiva relacionada com as diretrizes nacionais, úteis para a formulação de uma análise de referência nacional.

Neste caminho de reconhecimento dos elementos ordenadores do processo educativo, já não mais no próprio processo de educação, mas no processo de organização do trabalho assistencial, o que se busca é uma real compreensão da realidade, no que diz respeito às lógicas dos relacionamentos, e às contradições, numa perspectiva história que reconheça sua origem e seus movimentos.

Com isso estaríamos nos aproximando do que Marx define como consciência, centro de suas reflexões, que resulta do reconhecimento dos nexos históricos sociais, da divisão histórica do trabalho e da necessidade de mudança (Marx, 1964). Para este mesmo autor o caminho para a consciência é um exercício pela libertação da “falsa consciência”, dos fetiches, em função dos quais os homens vivem as relações históricas de suas épocas, como se elas fossem dadas, naturais e imutáveis (Marx; Engels, 1970).

Um exercício de avaliação do processo educativo que coloca as práticas profissionais como seu elemento ordenador, reconhecendo-as como expressão de uma estrutura social e historicamente construída, é um exercício, em si mesmo, já orientado para uma consciência livre ou como alguns chamariam – não sem debate – consciência crítica.

Este exercício requer um enquadramento analítico da citada interação, que permita não somente identificar os fenômenos e tendências que afetam o processo educativo no contexto da estrutura social existente, como, também, que amplie a interpretação dessa relação para entender sua natureza e seu alcance, assumindo que eles não estão definidos de maneira “natural”, mas que têm historicidade e movimento.

Neste sentido o trabalho realizado por Silva (1991) sobre trabalho, educação e prática social nos adverte para o risco de assumir abordagens centradas apenas no

³ O curso de Fisioterapia da Universidad Nacional realizou seu primeiro processo de acreditação no ano de 2006, obtendo uma qualificação como de Alta Qualidade, vigente até 2010, segundo a Resolução número 6680 de 30 de outubro de 2006, do Ministerio de Educación Nacional. Em 2011 realizou processo de re-acreditação obtendo uma qualificação de Alta Qualidade vigente até 2015, Resolução 5941 de 22 de julho de 2011 do Ministerio de Educación Nacional.

aspecto prático ou no idealismo, privando a análise dos componentes sociológico, histórico e político, fundamentais para a identificação de “possibilidades e restrições de uma intervenção política transformadora”. Para o autor a análise dessa relação deve centrar-se nas várias determinações implicadas na relação entre os dois processos em jogo, onde a análise das restrições ou determinações impostas pela organização social do trabalho e a identificação de focos de ação que permitam intervir politicamente sobre a mesma, devem ser os elementos de referência do processo educativo. Isso exclui a opção de modificar a organização e o currículo universitário para, idealisticamente, mudar, a partir daí, a organização capitalista do trabalho.

Isto significa pensar e atuar politicamente e não apenas pedagogicamente, como ocorre com as inúmeras preocupações que geralmente inflacionam as agendas de reforma curricular com temas como: a limitada formação integral do estudante; a formação enciclopédica; a pouca flexibilidade; a deserção dos estudantes; tempo de permanência do estudante no curso; metodologias para superar dificuldades no processo de aprendizagem e aquisição de competências; subvalorização da prática; entre outras. Essas preocupações se reposicionam não mais como centralidade do processo de análise, mas em sua relação com a estrutura social onde se dá a prática profissional; com isto as abordagens e propostas citadas tendem a ganhar outra dimensão.

Este processo de análise, partindo da historicidade e da natureza política do relacionamento entre a prática profissional e a educação, será em si mesmo um exercício para fazer avançar na direção de uma consciência crítica e a capacidade de interpretar os sujeitos envolvidos (docentes – estudantes – formados).

Assim, nos propomos a fazer uma análise crítica da proposta educacional de Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia, na qual o ponto de referência central se apoia na análise da prática profissional e seu impacto no processo de ensino, que inclui, entre outros aspectos, o sentido do processo educativo, o currículo, a pedagogia e a didática, numa lógica que articule estes temas com a estrutura de organização do trabalho, numa perspectiva de reconhecer nessa relação sua historicidade, as relações, as contradições e as possibilidades de sua transformação, como elementos orientadores da formação e, posteriormente, da prática profissional, dentro de referenciais alimentados por valores humanísticos de justiça, democracia e direitos.

Na sequência, a primeira parte da tese refere-se aos fundamentos em termos do ensino e organização da prática da Fisioterapia na Colômbia, a qual contém dois

capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao ensino superior universitária na Colômbia e apresenta seu desenvolvimento e as principais características do programa da Fisioterapia da Universidad Nacional que serve como estudo de caso para esta reflexão e que se caracteriza por ser um dos cursos de formação com mais experiência comprovada e reconhecimento nacional comprovável, em função dos indicadores de acreditação e reconhecimento social de seus formandos.

O segundo capítulo apresenta a organização da prática da fisioterapia na Colômbia, começando com uma breve descrição do sistema de saúde na Colômbia, destacando as características centrais das últimas reformas e a situação atual do sistema de saúde colombiano, com ênfase nos aspectos relacionados a seu impacto nas práticas profissionais, e focando a atenção no desenvolvimento da prática profissional em Colômbia em cinco momentos, desde seu surgimento no país no início do século XX, destacando aspectos relacionados com a organização social da prática profissional no contexto do capitalismo.

A segunda parte da tese refere-se ao marco teórico e à metodologia e contém dois capítulos. O quarto capítulo apresenta o quadro teórico assumido nesta investigação, em que se destaca a incorporação das teorias crítico/reprodutivas para o estudo da educação e se apresentam as principais contribuições de diversos teóricos que trataram do tema.

O quinto capítulo apresenta os objetivos e as opções metodológicas da pesquisa. Ali se explicita os objetivos do trabalho como sendo o de realizar uma análise crítica da Educação em Fisioterapia a partir das práticas profissionais, no contexto dos processos de acreditação e re-acreditação, tendo como referência o currículo da Universidad Nacional de Colombia. Para isto se desenvolve duas fases, um estudo das condições atuais da prática profissional dos diplomados pela Universidad Nacional e uma leitura do programa de formação da Universidad Nacional de Colombia na qual participaram formados, estudantes e docentes.

A terceira parte da tese refere-se aos estudos empíricos e contém dois capítulos. O sexto capítulo o qual apresenta a situação atual da prática profissional em uma amostra significativa de alunos formados pelo programa da Universidad Nacional no período entre 1980-2012. Esta caracterização inclui aspectos relacionados com características sociodemográficas, setores e área de atuação, informações trabalhistas e de organização do trabalho, valorização social da profissão, autonomia, participação e

organização associativa profissional, satisfação profissional e qualidade de vida; e perfil de morbidade e impactos sobre a saúde. Apresentam-se tanto dados quantitativos como qualitativos.

O sétimo capítulo apresenta a análise do programa de formação em Fisioterapia da Universidad Nacional, considerando aspectos de valores e sentido, organização do currículo, conteúdos do currículo, modelo, método e metodologias pedagógicas, tipos de avaliação, processo de geração e apropriação de conhecimento, relacionamento pré e após a graduação, buscando particularmente reconhecer as lógicas do planejamento, as tendências e contradições.

Na sequência apresenta-se as conclusões em termos das conexões entre o processo educativo e a prática profissional, buscando estabelecer linhas de continuidade, contradições, ausências ou resistências e dispositivos do processo educativo relacionados com a prática profissional, para responder às perguntas: a educação universitária para a formação de Fisioterapeutas da Universidad Nacional de Colombia é uma proposta orientada para a reprodução do modelo de organização da prática profissional vigente no país? Quais aspectos e a partir de que dispositivos eles são reproduzidos?

Finalmente, apresenta-se considerações finais no sentido de propor aspectos que possibilitariam uma mudança em direção a uma educação profissional crítica e transformadora na Fisioterapia.

PARTE I

FUNDAMENTOS:

ENSINO E ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA DA FISIOTERAPIA NA COLÔMBIA

CAPITULO 1. ENSINO SUPERIOR UNIVERSITARIO NA COLÔMBIA

1.1. Antecedentes do ensino superior na Colômbia

Com o intuito de oferecer uma referência de contexto, apresenta-se a seguir um breve exercício de descrição do desenvolvimento histórico da educação superior na Colômbia, com maior aprofundamento no período mais recente.

O início da educação superior na Colômbia é marcado por duas tendências que se articulam: o peso exercido pela igreja católica e a iniciativa da monarquia espanhola de instaurar processos educativos em suas colônias. É necessário recordar que um traço característico das colônias espanholas foi o vínculo entre a ação educativa e a evangelização, que se expressa numa proliferação inicial de colégios e universidades vinculados a ordens religiosas, especialmente os dominicanos e jesuítas, mas também com a presença de outras ordens, como os agostinianos e os franciscanos. (Burbano, 2008)

Em 1573 tiveram início os trâmites para alcançar a fundação de uma universidade, que consistia no reconhecimento dos estudos superiores em teologia e em arte oferecidos no convento do Rosário de Santa Fé, pelos dominicanos, inicialmente, com o aval da igreja, que foi obtido em 1580 e, posteriormente, o reconhecimento pela coroa, que foi obtido em 1639; embora só tenha se tornado efetiva em 1704, ano em que se autorizaram a ambas as ordens, dominicanos e jesuítas, outorgar títulos, nas universidades Tomasina e Javeriana. O modelo de universidade colonial tem sido caracterizado como “hispânica, senhorial e classista, como a sociedade à qual servia e da qual era expressão; e era direcionada à formação de sacerdotes e agentes de governo” (Sverdlick et al., 2005, p.6).

Com a expansão do Iluminismo na Europa, no século XVIII, se iniciou em Nova Granada um movimento que marca presença no último quarto do século, no qual se propõe a instalação de uma universidade pública⁴ que acolhesse as novas propostas do Iluminismo, particularmente no que se refere ao método de conhecimento, mas sem se distanciar muito dos conteúdos católicos e escolásticos. Este processo tem sua expressão

⁴ A universidade da república é uma universidade que preparava os filhos dos latifundiários, dos comerciantes e dos funcionários para o desempenho de cargos político-burocráticos. (Sverdlick, 2005).

máxima com a realização da Expedição Botânica entre 1783 e 1813, um projeto com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os reinos de Nova Granada e encontrar algumas soluções, particularmente relativas a enfermidades que afligiam a população. Na prática, a Expedição Botânica substitui a tradição do conhecimento do método dedutivo pelo indutivo, do especulativo pelo prático, do escolástico pela observação e experimentação, transformando-se num marco da história colombiana (Burbano, 2008).

Após o triunfo do movimento de independência, em 1819, surge a necessidade, para o novo Estado, de formar novos dirigentes, o que exigia a formulação de políticas públicas na área de educação alicerçadas em modelos de desenvolvimento que tivessem como pressuposto a construção e consolidação do Estado Nação.⁵ O projeto incorporava escolas, colégios e instituições de educação superior. Estas últimas deveriam se desenvolver, estrategicamente, em cidades da república. Assim, num curto período se instalam instituições públicas em Bogotá, Quito e Caracas em torno do conceito de Universidade Central da República; e, posteriormente, são abertas instituições em cidades como Popayán, Cartagena, Tunja, Medellín e Pasto.

A universidade projetada na nova república é totalmente organizada pelo Estado e é centrada na formação de cidadãos e na construção da nação. Um fato marcante desse período está relacionado ao aparecimento de contradições acerca do pensamento orientador da educação. Assim, enquanto alguns advogavam a favor do pensamento utilitarista inglês, o benthamismo⁶, outros consideravam que essas teses eram contrárias à religião. Esta contradição se prolongaria por um longo período da história e explica o espírito de grande parte das reformas educacionais no país (Burbano, 2008):

- a de 1842, que caracteriza o retorno da igreja à educação, a modificação dos conteúdos orientando-os para a indústria e para as “ciências úteis”, enfraquecimento das ciências sociais (Política e Direito), comportamento normatizado pela igreja e pela religião;
- a de 1845 que se estende até 1886, e que declara a liberdade total de ensino e adota o preceito da educação como um direito sob a responsabilidade do Estado.

⁵ Através dos sistemas públicos de educação, instituídos durante o século XIX, o Estado buscava proporcionar aos cidadãos os conhecimentos necessários para entender os códigos sociais e culturais próprios da modernidade e estimular a criação de hábitos, disposições e habilidades coerentes com ela, assim com a lealdade ao Estado-Nação. (Herrera, 2014, p. 186)

⁶ As ideias de Jeremy Bentham facilitaram o projeto educativo de Santander e, em boa parte, o projeto dos governos radicais da Colômbia da segunda metade do século XIX, especialmente no que se refere à instauração da escola laica. (Báez, 2009).

Algumas contradições levaram à suspensão da educação superior entre 1850 e 1867, ano em que é fundada a Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, como parâmetro limitador do princípio absoluto de total liberdade de ensino — que havia permitido o aparecimento de não poucas instituições universitárias de péssima qualidade científica e acadêmica —, para introduzir o poder estatal como instância máxima de inspeção e fiscalização do ensino público;

- a Reforma constitucional de 1888 que retorna à visão política conservadora nas mãos do movimento denominado “os regeneracionistas”. Este contexto explica, entre outras coisas, o enfraquecimento da Universidad Nacional com a perda de autonomia e do conceito de unidade acadêmica, e o surgimento de novos projetos educativos de iniciativa privada como o caso da Universidad Externado, criada em 1888, como primeira universidade privada laica da América Latina, e a Universidad Republicana. Seguindo esta tendência, e terminada a guerra civil chamada de Guerra dos Mil Dias (1899 – 1902), com o triunfo dos conservadores, é aprovada a Lei 39 de 1903, (Congreso de la República, 1903) que institui o nível primário, secundário e profissional e o superior e que retoma a questão da Universidad Nacional promovendo uma autonomia por Faculdades e, com isso, debilitando ainda mais o conceito de unidade institucional. Nas primeiras décadas do século XX se observa a abertura ou reabertura de universidade laicas privadas que se somam ao Externato, como a Universidade Libre e a Javeriana em consequência do enfraquecimento da universidade pública e do controle conservador das políticas educacionais.

Um elemento importante reconhecido pelos autores é a influência que os movimentos da reforma educativa de Córdoba e do México tiveram nos processos de construção de um pensamento alternativo durante o século XX, (Burbano, 2008), no entanto, apesar do espírito democrático dessas ideias, a universidade continuou sendo só para uma elite (Sverdlick et al., 2005).

Assim, para Roth (2011) o movimento estudantil da Argentina, em 1918, provoca a entrada do tema da educação superior na agenda política, via a questão da regulação e governo da universidade, face às reivindicações de autonomia universitária e democratização das instituições universitárias. Este movimento de Reforma

Universitária se estendeu por toda a América Latina e teve entre seus princípios, além da autonomia universitária, os de cogestão, de acesso em massa e gratuito, de liberdade de ensino, de concurso público e do papel de força motriz da universidade para o desenvolvimento da sociedade. No caso colombiano o impacto desses questionamentos permeia os processos da primeira metade do século XX, no contexto dos conflitos já existentes desde o século anterior.

De tal sorte que, com o triunfo do liberalismo em 1930, abre-se um período de reformas inspirado em muitas das reivindicações do movimento de Córdoba, com o que se fortalece o ensino público; esse período se prolonga até 1946 quando retorna o conservadorismo à presidência da república. Neste período liberal se restaura o projeto de Universidade Nacional pública integrando suas faculdades, se garante a construção de uma “cidade universitária”, se integram as funções de pesquisa, docência e extensão, se definem condições de contratação de professores universitários. Também nesse período surge uma quantidade significativa de universidades públicas e privadas de caráter regional (Valle em 1945, Industrial de Santander em 1948, Atlántico em 1943 e Caldas em 1943). Por outro lado, cria-se a Escuela Superior Normal para a formação de professores. (Burbano, 2008).

Posteriormente, para Roth (2011) entre os anos 1950 e 1980, na América Latina, se configuram as condições para uma segunda reforma educacional. Entre os aspectos gerais que levam a isso ele destaca-se a massificação (relativa) da educação e o consequente crescimento da demanda, a insuficiência da oferta; a crise gerada pelo pagamento da dívida externa e seu impacto na redução do gasto público, e a “oportunidade política” para propor mudanças a partir da legitimação e/ou imposição de um modelo alternativo de política percebido como bem sucedido, tendo no papel de protagonistas instituições internacionais, em particular FMI, BM e pelo Estado líder, papel representado pelos Estados Unidos⁷.

Esta segunda Reforma se identifica como uma continuidade do pensamento das grandes agências internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional e que se caracterizam pelo “estímulo à educação privada”, constituição de um marco regulatório comum válido para os setores educacionais público e privado, e criação de instituições específicas para a orientação, controle e acompanhamento

⁷ Uma colocação similar faz Waitzkin (2013), em relação às reformas na América Latina, a partir da década de 50, em matéria de saúde, como será apresentado no Capítulo de resultados.

(acreditação e avaliação) das instituições de ensino superior. Este regime deve permitir ao Estado, por meio de um sistema de incentivo financeiro baseado em indicadores de desempenho e de resultados, modificar o comportamento das instituições educacionais para a realização de determinados objetivos políticos gerais. Pretende-se, assim, passar de um Estado “educador” para um Estado mais “orientador” ou “instigador” alinhado aos marcos cognitivos neoliberais, fundamentados em uma autonomia ou “liberdade” regulada por mecanismos de estímulo financeiro e estímulos de mercado, numa perspectiva “neo institucional”. Com a pressão pelo pagamento da dívida externa vem a orientação para a redução da intervenção do Estado mediante a privatização e, em particular, a abertura das áreas de saúde e educação para o setor privado para permitir a redução ou estabilização do gasto público com essas áreas e, assim, facilitar o reembolso da dívida; neste contexto torna-se necessário redirecionar as despesas com educação para os mais necessitados, ou seja, para a educação primária e não para a educação universitária.

Na Colômbia, o início do governo conservador de 1946 marca um período de grande instabilidade e violência política no país, com a presença de governos militares (1953- 1957). Terminada a ditadura militar estabeleceu-se um acordo bipartidário denominado Frente Nacional, até o ano de 1974. Durante o período da ditadura militar, limitou-se novamente a autonomia universitária e se ampliou a cobertura da educação primária e técnica, com prioridade para esta segunda, para a qual foram criadas várias instituições, entre as quais se destacam o Instituto de Investigaciones Tecnológicas, a Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), o Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) e o Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (ICETEX) (Melo et al., 2014).

Nas décadas de 60 e de 70, observa-se um aumento significativo na quantidade de cursos e de universidades, principalmente de caráter privado, grande heterogeneidade na qualidade das instituições e dos cursos oferecidos e uma incapacidade crescente do Estado para prover educação superior para os cidadãos que, por sua condição socioeconômica, não podiam pagar por este tipo de serviço (Melo et al., 2014). Neste contexto se instala um processo de “modernização” com apoio da cooperação universitária norte-americana e financiamento da Agência Internacional para o Desenvolvimento (AID), do Banco Internacional de Reconstrução e Fomento, hoje

Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e das fundações Ford, Kellogg's e Fullbright. Como fruto destas influências em 1967 surgiu o chamado Plano Integral do Ensino Superior, que tinha como principal referência o Informe de Atcon, conhecido tradicionalmente como Plano Atcon. Em 1969 também surge o Informe Rockefeller. O Decreto 080 de 1980 (Ministerio de Educación Nacional, 1980) foi a norma que acolheu as ideias desses relatórios no caso do Ensino Superior (Aristizabal, 2012).

O pacote de reformas subsequentes às intervenções feitas por organizações filantrópicas e organismos internacionais viabilizava a intenção explícita de sistematizar, globalizar e homogeneizar as atividades educacionais no país de acordo com as tendências internacionais. Em consonância com esse conjunto de intenções, o paradigma anglo-saxão que vai se instalar desde a década de 50, defende as ideias de eficiência e eficácia visando uma maior produtividade e apela por um plano de desenvolvimento (Aristizabal, 2012), desenvolvimento que perpetua a dependência e não propicia a autonomia de nossos povos (Aristizabal, 2005).

Essas intenções aparecem no Decreto 088 de 1976, que reestruturou o Sistema Educacional Colombiano, e no Decreto 1002 de 1984, que estabeleceu o currículo para a pré-escola, para a educação básica primária e secundária, e para o ensino médio vocacional (Aristizabal, 2012).

Na década de 80, se destaca a definição de um marco normativo para o ensino superior, no qual se definem os princípios, objetivos e a organização do sistema, o estatuto do pessoal docente, as regras sobre gestão de orçamentos e as condições específicas de funcionamento das instituições privadas; em 1991 a promulgação da Constituição Política de 1991 contempla a liberdade de ensino e reconhece a educação como um direito e um serviço público que pode ser prestado pelo Estado ou por particulares. Além disso, para assegurar a qualidade do sistema educacional, se delegou ao Estado a função de fiscalização e acompanhamento. A Constituição também garantiu a autonomia universitária e estabeleceu que as universidades poderiam instituir seus próprios estatutos (Melo et al., 2014).

Com base nas diretrizes da Constituição foi aprovada a Lei 30 de 1992 (Congreso de la República, 1992) que constitui a base legal do sistema de ensino colombiano, vigente até hoje. Esse conjunto de normas se apoia em cinco pilares: autonomia universitária - posteriormente limitada (Espinoza, 2011), autoavaliação,

acreditação voluntária, sistema de informação e fiscalização e acompanhamento. A Lei ratifica a natureza da educação como um direito e um serviço público que pode ser oferecido tanto pelo Estado como por particulares, em Instituições Técnicas Profissionais, Instituições Tecnológicas, Faculdades e Universidades.

A Lei 115 de 1994 (Congreso de la República, 1994) dá início à tarefa de introdução dos chamados processos de acreditação, através do sistema de auto avaliação, visando à melhoria da qualidade da educação. Nesse processo foram sendo gestadas as condições para o aparecimento de uma nova linguagem: a linguagem das competências e dos padrões, como instrumento para a formulação e avaliação das atividades educacionais.

Posteriormente foi promulgado, para o ensino superior, o Decreto 2566 de 10 de setembro de 2003 (Congreso de la República, 2003) sobre padrões mínimos de qualidade. Esta medida tenta abarcar numa única definição todos os aspectos relativos à acreditação dos programas e sua classificação a partir de créditos acadêmicos e a divulgação dos programas acreditados como de alta qualidade.

Durante a década de 2000, fortaleceu-se a formação técnica e tecnológica, criou-se o Vice Ministério de Ensino Superior, que ficou responsável pela fiscalização e acompanhamento do setor, e foram adotadas algumas medidas em matéria de acreditação e de qualidade. Sobre essas últimas medidas, cabe destacar a criação da Comisión Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad (CONACES) e o fortalecimento do Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Por outro lado, cria-se um conjunto de sistemas de informação, com o objetivo de aumentar a visibilidade e contribuir para a tomada de decisões relativas ao setor; entre esse sistemas se encontram o Sistema Nacional de la Información de la Educación Superior (SNIES), o Sistema de Información de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES), o Sistema para la Prevención de la Deserción en Educación Superior (SPADIES) e o Observatorio Laboral para la Educación. Por outro lado, o Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior –ICFES- foi transformado em uma entidade pública especializada em serviços de avaliação do ensino em todos os níveis e na geração de informações sobre a qualidade da educação. Já o Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior –ICETEX- se transforma em uma entidade financeira de natureza especial que, a partir de 2010, fortaleceu os programas de crédito educativo e as condições financeiras dos empréstimos estudantis.

No ano 2011, tentou-se fazer uma nova Reforma à Lei 30 de 1992, a lei geral da Educação, gerando profundos debates por se considerar que a proposta aprofunda tendências das políticas neoliberais, através da criação das instituições voltadas ao lucro e da descaracterização da educação como um direito; os opositores se propõem a negociar garantias efetivas de concretização do direito ao ensino superior, do financiamento das instituições públicas, da autonomia, a criação de um sistema para o setor, e a definição de formas de controle e acompanhamento que não comprometam a autonomia universitária.

Em síntese o compromisso para com a educação na Colômbia foi dirigido num primeiro momento para a ampliação de cobertura e, posteriormente, para a otimização dos recursos (eficiência) e para a melhoria da qualidade. No entanto, é uma ideia reconhecida no país, que os graves problemas da educação giram em torno de uma cobertura insuficiente, uma qualidade muito desigual entre as instituições e os cursos, e uma baixa racionalidade da oferta que, nestas condições, se orienta mais pela suposta rentabilidade da formação oferecida, do que pelas necessidades (Misas, 2004). Algumas estatísticas corroboram esta afirmação⁸:

De uma perspectiva internacional, a taxa de cobertura da educação superior do país é relativamente baixa (42,4% em 2012), quando se compara com países desenvolvidos e com países da América Latina como Argentina, Chile, Cuba, Uruguai e Porto Rico. Embora nas duas últimas décadas a cobertura em educação superior tenha registrado avanços importantes, isto ocorre especialmente pela expansão da formação técnica e tecnológica. A taxa de cobertura bruta passou de 24,0% em 2000 para 42,4%, no final de 2012; a matrícula nos níveis de graduação subiu 278%, sendo a maior parte correspondente à expansão de quotas para o ensino técnico e tecnológico que passou de 4,8% em 2002 a 14,3% em 2012, enquanto no nível profissional aumentou de 19,6% para 28,1% no mesmo período. No entanto, quando se examinam as taxas de cobertura por região, observa-se uma grande heterogeneidade. Assim, no ano de 2009, enquanto a taxa de cobertura de Bogotá foi de 75,6% e a de Quindío 55,5%, departamentos como Chocó, Amazonas y Putumayo registraram taxas inferiores a 10%.

Em relação à quantidade de instituições de ensino superior, em 2012, o país contava com 31 universidades públicas, 49 privadas e uma em regime especial; 93 faculdades privadas, 15 públicas e 12 de regime especial; 38 instituições tecnológicas

⁸ Um relato atualizado e extenso pode ser consultado em Melo et al., 2014.

privadas, seis públicas e seis em regime especial; e 28 instituições técnicas privadas e nove públicas.

Para 2012 as instituições de ensino superior ofereceram 5.834 cursos de graduação, dos quais 766 eram técnicos profissionais, 1.596 tecnológicos e 3.472 profissionais. Também foram oferecidos 3.990 programas de pós-graduação, dos quais 2.883 correspondem a especializações, 968 a mestrados e 139 a doutorados. Vale destacar que do total de programas acadêmicos, apenas 798 (8,1%) estão acreditados com alto nível de qualidade. Destes programas, 677 correspondem ao nível universitário⁹ e 35 à pós-graduação (dois de especialização, 26 de mestrado e sete de doutorado). Por áreas de conhecimento, 33,7% dos cursos acreditados com alto nível de qualidade são de engenharia, arquitetura e urbanismo, 18,3% são de ciências sociais e humanas, 14,7% de economia e carreiras afins, 11,2% de ciências da saúde, 9,4% de ciências da educação e nos 12,8% restantes estão os cursos de agronomia, veterinária e afins, matemáticas, ciências naturais e belas artes.

Quanto à matrícula universitária, em nível de graduação, pode-se destacar que o número de estudantes registrado subiu de 582.672 em 2000 para 913.538 em 2012. Nas universidades públicas, a matrícula aumentou de 234.210 estudantes em 2000 para 480.155 estudantes em 2012, enquanto no setor privado, no mesmo período, passou de 348.462 estudantes a 433.383.

As instituições públicas com maior número de estudantes matriculados em 2012 foram a Universidad Nacional Abierta y a Distancia com 52.128 estudantes, a Universidad Nacional de Colombia com 42.454 estudantes, a Universidad de Antioquia com 32.654 estudantes, a Universidad de Pamplona com 21.854 estudantes, a Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja com 21.691 estudantes, a Universidad del Tolima com 21.654 e a Universidad del Valle com 21.337 estudantes. Dentre as instituições privadas com maior número de matrículas se destacam a Universidad Cooperativa de Colombia com 48.313 estudantes, a Universidad Libre com 26.000 estudantes, a Pontificia Universidad Javeriana com 23.312 estudantes, a Universidad Santo Tomás com 22.374 estudantes, e a Universidad Pontificia Bolivariana com 18.754 estudantes.

⁹ Em junho de 2014 o total de programas de graduação acreditados em nível universitario chegava a 736 e os programas de pós-graduação foram 54 (7 especializações, 36 mestrados e 11 doutorados, dos quais 49 públicos e 5 privados) CNA (2014).

Em relação ao abandono, segundo um estudo do Ministerio de Educación Nacional (2009), pode-se concluir que, em média, um a cada dois estudantes não termina seus estudos superiores. No nível universitário a taxa de abandono chega a 18,6% no primeiro semestre e a 47,0% no décimo semestre. Quando se avalia a permanência dos estudantes por área de conhecimento, as maiores taxas de abandono são observadas em agronomia, veterinária e afins, e em engenharia, arquitetura e afins, com taxas médias acumuladas, ao final do décimo semestre, de 57,7% e de 56,3%, respectivamente. Em contraposição, a menor taxa é registrada em ciências da saúde, com 40,1% acumulados no décimo semestre. Em geral, as razões pelas quais os estudantes abandonam seus estudos são idade, gênero, situação no emprego, taxa de reprovação, área de especialização e pontuação do ICFES, nível de renda, educação da mãe, taxa de desemprego na região, número e posição entre os irmãos e facilidade de apoio financeiro.

Quanto aos docentes, de acordo com o MEN, em 2012, o sistema de ensino superior contava com 111.124 professores, dos quais 33.084 trabalhavam com um contrato de tempo integral, 12.767 sob a modalidade de tempo parcial e 65.273 num modelo de hora/aula. Por nível de escolaridade, 40,5% desses docentes tinham título de graduação, 32,0% de especialização, 22,3% de mestre e 5,2% de doutorado. Chama a atenção o alto número de professores catedráticos (58,7%) e a baixa porcentagem de docentes com doutorado (5,2%), que, além disso, estão concentrados em poucas universidades.

Sobre o financiamento das instituições de ensino superior é preciso notar que enquanto os recursos das entidades privadas vêm essencialmente da cobrança pelo direito de estar matriculado, os recursos das instituições de caráter público se originam, em grande parte, de transferências do governo nacional e/ou dos governos departamentais. No período de 2000-2012, o gasto estatal com este nível de ensino representou em média 0,93% do PIB, sendo que metade corresponde a aportes da Nação e o restante são recursos dos territórios e rendas parafiscais. Os recursos nacionais são alocados principalmente no financiamento das universidades Nacional, de Antioquia e do Valle, que recebem por volta de 30%, 10% e 9% dos recursos, respectivamente. Durante a última década os recursos estatais para o ensino superior não mostraram alterações significativas em relação ao PIB, o que sugere que o Estado não tem respondido na proporção do crescimento da demanda por vagas no ensino superior.

1.2. O curso de formação em Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia.

O curso de Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia é um curso universitário de formação profissional que outorga o título de Fisioterapeuta. Sua duração atual é de 10 semestres com jornada diurna e ingresso anual. O curso teve quatro momentos chaves.

O primeiro momento marca seu início, em 1966 (Acordo No. 4 de 1966 do Consejo Superior Universitario – CSU), como um curso adscrito à seção de Reabilitação (Hernández, 2006), com uma duração de seis semestres e que outorgava o título de Técnico em Terapia Física, cujo objetivo era a recuperação da funcionalidade perdida. O corpo docente era formado por médicos fisiatras que tinham a função de direção e por fisioterapeutas¹⁰, uma das quais assumiria a coordenação do curso em 1978. No ano de 1976, tendo como referência os conteúdos da Lei 9 de 1976 do Congreso da República (1976), que caracterizou a formação em Fisioterapia como formação superior ou universitária,¹¹, o programa realizou um ajuste menor, com o Acordo 17 de 1976 do CSU ampliando sua duração em um semestre e mantendo seu caráter de formação técnica, embora tenha alterado o título dos formandos para Licenciado em Terapia Física. Este período se estendeu até 1982 e se caracterizou pela “existência de um vínculo epistêmico sem validade conceitual, uma vez que o eixo do processo educativo não se fundamentou no objeto de estudo das disciplinas que estão interessadas na fisiocinética humana” (Alvarado, 1986, p. 324) e sua proposta de formação era centrada sobretudo na transmissão de técnicas, adotando um modelo pedagógico com muito mais horas dedicadas à prática do que a aulas teóricas; uma aprendizagem a partir da observação direta e um constante incentivo ao rápido desenvolvimento e aquisição de habilidades e destrezas, deixando pouco espaço para a reflexão, para a análise e para debates e argumentações (Landinez; Rodriguez, 2006, p. 202).

A partir do exposto, é válido afirmar que o curso realizou mudanças tímidas que não incorporaram os avanços da regulamentação de 1976 e que ele apresentava como

¹⁰ Em 1972 o corpo docente contava somente com dois professores de carreira da Universidad Nacional. Os demais docentes eram Fisioterapeutas dos hospitais San Juan de Dios, Misericordia e Propace. Somente em 1978 se amplia o corpo docente com seis professores de tempo parcial.

¹¹ O que significava aumentar o tempo de estudo da carreira, homogeneizar os programas e os títulos concedidos pelas universidades, assim como abrir a possibilidade de especialização.

pontos fracos a falta de metas e objetivos relevantes para o conhecimento científico e tecnológico. Uma das causas que explicam essa situação está ligada à ausência de um corpo docente estável e com autonomia frente às reformas e ao planejamento curricular.

Um segundo período vai de 1983 a 1991 e que se caracterizou: pela mudança da formação, para tecnológica-profissionalizante, (Acordo 177 de 1983 do CSU), a ampliação em dois semestres na duração do curso e a mudança no título outorgado para Terapeuta Físico. Mas o período se caracteriza também por uma rica reflexão em torno da conceituação do objeto da disciplina, como sendo a Fisiocinética Humana, uma abordagem que tenta superar os modelos biologistas, centrados na disfunção e na prática terapêutica, a partir de uma reflexão que incorporava as novas concepções de desenvolvimento motor e de controle motor no contexto da teoria dos sistemas¹² e que vê nos trabalhos de investigação uma estratégia importante de desenvolvimento da disciplina.

Esta reflexão sobre a formação põe em destaque uma visão de tipo humanista expressa no Plano de Desenvolvimento da Universidade 1964 – 1968, conhecido como Reforma Patiño, que enfatizou a necessidade de adotar um sentido de missão social e uma capacitação de profissionais com bases científicas, técnicas e culturais sólidas, cuja prioridade, para além do exercício individual da profissão, fosse um compromisso com a elevação do nível de vida de seu povo. “Uma re-conceitualização do programa curricular recupera o componente humanista que se manifesta como consciência social, atitudes críticas e apreço pelo patrimônio cultural colombiano no contexto da sabedoria acumulada pela humanidade” (Alvarado, 1986, p. 324). Este antecedente marca até hoje a proposta de formação do curso. Por sua vez essa visão transformou a estrutura organizacional do curso ao constituir-lo como um departamento único com três divisões: a Fisiocinética Humana e suas Alterações, Ocupações Humanas e suas Disfunções e Comunicação Humana e seus Distúrbios (Acordo 121 de 1985 del Consejo Directivo de Facultad de Medicina) o que, em última análise, implicou num estreito trabalho conjunto de articulação que favoreceu uma compreensão mais integral do objeto da disciplina.

¹² O controle motor, em uma tarefa específica, resulta da cooperação de muitos subsistemas, portanto a intervenção da Fisioterapia deve considerar as necessidades de todos os campos de desenvolvimento e não exclusivamente da área motora. (Zapata; Barrera, 2006, p. 136).

Em consonância com isso, em 1988, é apresentado um novo currículo, organizado em nove semestres, com conteúdo nuclear e flexível e linhas de aprofundamento; sem alterações no título outorgado aos formados. Como deficiência observa-se um déficit de horas de formação prática e falhas na coerência vertical e horizontal do currículo. O corpo docente identifica com clareza a projeção dessas reflexões nos cenários externos à universidade, tais como outras universidades, associações profissionais, os setores de serviço e profissionais em geral. Os frutos deste processo se projetaram no período seguinte.

O terceiro período se inicia em 1992 e vai até o ano 2000. Ele se caracteriza pela mudança no tipo de formação de tecnológica-profissionalizante a profissional pelo Acordo 35 de 1992 (Conselho Acadêmico, 1992) mas, como resultado das diretrizes da universidade, reduz a duração para oito semestres, na contramão da proposta do corpo docente que defendia a necessidade de dois semestres a mais; isso implicou em conceber disciplinas com alta carga horária e com uma estrutura modular, para dar conta dos conteúdos exigidos por um modelo que diferencia conteúdo nuclear e conteúdos flexíveis. Essa proposta se apoia na concepção do objeto de estudo como Movimento Corporal Humano (MCH), cujos instrumentos de ação são as categorias cinéticas, físicas e pedagógicas (Alvarado, 1995). Em 1996 temos pouca alteração nas cargas horárias, na divisão das disciplinas e na criação de códigos. Como pontos fracos identificam-se o excesso de carga horária e conteúdos e o uso de processos pedagógicos que não favoreciam o processo de aprendizagem.

O quarto período se inicia em 2001, como processo de autoavaliação, que identificou pontos fracos e pontos fortes da proposta de formação. No ano de 2002 é apresentada uma reforma administrativa da universidade que modifica a estrutura das faculdades e cria em seu interior unidades de gestão acadêmico-administrativas. Se cria, como uma unidade, o Departamento do Movimento Corporal Humano e suas Disfunções, sob cuja responsabilidade ficará a administração do programa curricular da graduação em Terapia Física¹³ e os cursos de pós-graduação criados: Mestrado em Discapacidade e Inclusão Social (Acordo 003 de 2002 do CSU), em conjunto com os

¹³ O Acordo 69 de 2002 modifica o nome da graduação, de Terapia Física para Fisioterapia, mudando, por sua vez a denominação do título outorgado, de Terapeuta Físico para Fisioterapeuta.

programas de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, e Mestrado em Atividade Física e Esporte (Acordo 013 de 2011 do CSU).

Em 2005, fruto novamente do processo de autoavaliação, se confirmam e se identificam fragilidades tais como a pouca flexibilidade, o excesso de pré-requisitos e de carga horária e o desconhecimento por parte do corpo docente de novos métodos e estratégias pedagógicas mais adequadas à lógica de ensino intensivo; razão pela qual surge uma nova reforma que inclui créditos, currículo por competências, ciclo básico, ciclo profissional, áreas menores, dupla titulação e ajustes nos trabalhos de final de curso, de acordo com as diretrizes da Universidad Nacional (Acordo 037 de 2005, CSU). Apesar da duração do curso se manter em oito semestres, ocorre um conjunto de transformações importantes relacionadas com o desenvolvimento do objeto de estudo do MCH nos espaços cotidianos, colocando em destaque a natureza dinâmica e social do corpo e do movimento (Molina; Carmona, 2006). Em função disso, aspectos relacionados à evolução histórica e do contexto social, as estruturas sociais ordenadoras da dinâmica social, a compreensão e potencialização da capacidade transformadora dos indivíduos em busca de autonomia, o desenvolvimento de potencialidades e o bem-estar comum ganham espaço no processo de estudo e de formação (Molina; Carmona, 2006). Ganham terreno categorias como disponibilidade corporal, corporeidade, corporalidade, que permitem explorar capacidades intelectuais, sociais e efetivas, como parte das capacidades e funcionalidades humanas (Torres, 2006). Assim, o MCH é um conceito inovador que se destaca como um recurso para a vida.

Com o objeto de estudo pensado dessa forma, as dimensões das práticas se expandem e se abrem novas linhas de aprofundamento, o que torna imperativa uma maior flexibilização com a eliminação de pré-requisitos. No que se refere à pesquisa as modalidades do programa foram diversificadas e se estabeleceu uma lógica transversal que inclui seminário de investigação quantitativa e qualitativa, seminário de projeto de graduação e trabalho de graduação em todas as modalidades: disciplinas de pós-graduação, trabalhos de investigação, estágios. Em relação ao modelo pedagógico propõe-se a substituição do processo de ensino extensivo para um processo de ensino intensivo, onde se destaca o papel do estudante a partir de sua motivação para uma atitude ativa na definição do processo pedagógico e um docente construtor, inter-atuante e investigador (Landinez; Rodriguez, 2006, p. 203).

O Acordo 033 de 2007 do CSU estabelece as diretrizes para a formação de estudantes na Universidade Nacional de Colombia, fundamentadas nos princípios da excelência acadêmica, formação integral, contextualização, internalização, formação para pesquisa, interdisciplinaridade e flexibilidade; adota um regime de créditos acadêmicos¹⁴ para medir o tempo requerido pelo estudante para cumprir os objetivos das disciplinas, para facilitar sua aprovação e a mobilidade dos estudantes entre cursos nacionais e internacionais.

O mesmo acordo organiza o currículo em componentes de formação, entendidos como conjuntos de disciplinas com um objetivo particular de formação. Assim, os currículos devem ter um componente (básico) de fundamentação voltado para a contextualização dos saberes, um componente disciplinar ou profissional, próprio e característico da essência da carreira, incluindo o trabalho de graduação, e um componente de livre escolha que, como uma ferramenta para a formação integral, inclui cenários de contexto, de empreendimento, de responsabilidade social, de investigação, de aprofundamento e de extensão.

Um dos princípios de maior relevância é o da flexibilidade. O acordo encaminha para que (i) esteja presente em todos os componentes do plano; (ii) obriga que o componente de livre escolha seja no mínimo 20% do total dos créditos do programa curricular; e (iii) aponta para a diminuição de requisitos e pré-requisitos. Com isso se pretende dar ao estudante um nível de autonomia suficiente e a responsabilidade para escolher os temas e as trajetórias acadêmicas que mais se aproximem de seus interesses de formação e investigação.

Deve-se destacar também que o Acordo 033, no que se denomina “estratégias de formação”, introduz novas políticas e modifica outras pré-existentes. Dentro das novas políticas cria-se um componente de nivelamento para novos alunos que apresentem deficiência em língua estrangeira – quatro níveis de inglês –, leitura e escrita e matemática. Também introduz a possibilidade de dupla titulação na mesma universidade ou através de convênio com outras instituições nacionais ou estrangeiras, para os estudantes que se destacam muito por seu desempenho. Além disso, com o objetivo de articular graduações e pós-graduações é oferecida a oportunidade de passagem de uma para outra, diminuindo os tempos estipulados para cada um desses

¹⁴ O crédito acadêmico corresponde a 48 horas de trabalho do estudante, incluindo a parte presencial e a não presencial.

programas. A partir destas diretrizes, o programa apresenta uma reforma em 2008 (Acordo 008 de 2008 do CSU) que permite contemplar a proposta anterior do corpo docente de ampliar a duração do curso para 10 semestres, ajustar toda a proposta curricular, modificando o plano de estudos e possibilitando maior flexibilização, a internacionalização para fazer disciplinas ou trabalhos de investigação e a definição de três componentes: fundamentação, profissional e livre escolha; as optativas de fundamentação foram definidas como linhas de aprofundamento em saúde e trabalho, mecânica e neuromecânica, kinesioterapia, comunidade e desenvolvimento humano, atividade física e esporte. Em relação ao modelo pedagógico o programa se inscreve de forma explícita no contexto das pedagogias críticas, onde se estimula a autoanálise, a autorreflexão e a autoaprendizagem, priorizando o trabalho em equipe e a construção conjunta do conhecimento. Esta reforma foi acompanhada pela criação da área Curricular de Desenvolvimento Humano, Acordo 031 de 2008 do CSU, sob a qual se agrupam três Programas Curriculares de Graduação: Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia; reforçando novamente o trabalho interdisciplinar.

Atualmente o programa curricular é regido pela Resolução 033 de 2009 do CSU, o Acordo 256 de 2014 do Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. O projeto educacional do curso (Departamento del Movimiento Corporal Humano, 2013) estabelece que o número de créditos do plano de estudos é de 166, organizados em três componentes: 1. o de fundamentação - concebido para além do biológico gerando rupturas com a medicalização, incorporando noções de corpo, corporeidade e corporalidade como elementos básicos para a compreensão do social e representa 37,34% do total do programa; 2. o conjunto disciplinar profissional, no qual se apresenta o fazer do fisioterapeuta em diversas áreas, cenários e linhas de atuação profissional, que representa 42,78% do total do programa; e 3. o conjunto de livre escolha, que se dirige, de acordo com os fins da Universidade Nacional, para a formação em cidadania, meio ambiente, nação, sociedade, conhecimento, consciência crítica, patrimônio cultural para a formação de uma cultura participativa, sendo 19,88% do total do programa. As disciplinas optativas são o componente flexível do programa, representam em conjunto 32,53% do mesmo e permitem ao estudante, de acordo com seus interesses, escolher disciplinas que o articulem com as áreas de atuação profissional e sua possível vinculação ou níveis de formação mais avançados (Anexo B, Quadro 8).

Os agrupamentos temáticos, os créditos obrigatórios e os créditos optativos contidos no componente de Fundamentação incluem formação em ciências básicas, sociais e humanas, análise do movimento, fundamentos de pesquisa, contextualização em saúde, corpo e movimento; enquanto que a formação Disciplinar e Profissional considera aspectos de avaliação do movimento, modalidades de interação terapêutica, pesquisa profissional e linhas de aprofundamento (Anexo B, Quadro 9).

O componente de Livre Escolha, segundo o Acordo 033 de 2007 do CSU, “permite ao estudante aproximar-se, contextualizar e/ou aprofundar temas de sua profissão ou disciplina e apropriar-se de ferramentas e conhecimentos de distintas áreas do saber tendentes à diversificação, flexibilidade e interdisciplinaridade. É objetivo desse bloco aproximar os estudantes das tarefas de pesquisa, extensão, empreendimento e tomada de consciência das implicações sociais da geração de conhecimento. As disciplinas que o integram poderão ser contextos, cátedras de faculdade ou sede, linhas de aprofundamento ou suas disciplinas, disciplinas de pós-graduação ou outros programas curriculares de graduação da Universidade ou outras com as quais existam os convênios pertinentes”.

O Acordo 033 de 2007 do CSU, Artigo 20, e o Acordo 008 de 2008 do CSU, Artigo 50 estipulam que os estudantes da universidade poderão obter um título da Universidad Nacional de Colombia e outro de uma universidade com a qual se assine um convênio e que essa regulamentação estará cargo do CSU. O programa curricular de Fisioterapia estimula a dupla titulação aproveitando a flexibilidade e as múltiplas possibilidades de formação com carreiras afins, tais como Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia e Fonoaudiologia. Com isso se oferece aos estudantes a possibilidade de estudar em menor tempo duas carreiras que são necessariamente afins. Com esse propósito, geralmente, disciplinas do bloco Fundamentação são compartilhadas, e se facilita que os estudantes antecipem disciplinas do segundo curso dentro do bloco eletivo do primeiro, de tal forma que os estudantes que escolhem fazer a dupla graduação sabem, de antemão, que não precisarão repetir um ciclo de formação na segunda graduação.

No Departamento de Movimiento Corporal Humano o grupo docente atual¹⁵ é composto por 14 docentes (dois homens e 12 mulheres) vinculados à carreira docente, dos quais dois em regime de dedicação exclusiva, cinco em tempo integral e sete

¹⁵ Em fins do ano de 2014 dois docentes do grupo se aposentaram da Universidade Nacional.

docentes contratados por horas aula (mal chamados de *catedráticos*¹⁶), com experiência docente média de 18 anos, o que lhes dá a característica de um grupo estável e muito seguro para este trabalho. (Anexo B. Quadro 10).

Todos os docentes possuem diferentes *expertises* e têm formação pós-graduada (especialização, mestrados e/ou doutorados) diversificada em diferentes campos das ciências básicas e aplicadas, tais como Fisiologia do Exercício, Engenharia Biomédica, Epidemiologia Clínica, Educação e Pesquisa, Saúde Pública, Saúde do Trabalho, entre outras, que permitem abranger as necessidades de docência do Programa. Adicionalmente conta-se com a participação de uma média de cinco docentes ocasionais por semestre e com o apoio de docentes do programa de Medicina da mesma Faculdade e de outros programas da Universidade (estes últimos no bloco de Fundamentação).

Em termos de gestão a Universidade se organiza em várias instâncias, buscando estabelecer uma forma clara de funcionamento para facilitar os processos e os trâmites na instituição, tanto em nível macro como na articulação com cada faculdade e programa.

O Nível Nacional, onde são definidas políticas, programas e projetos para toda Universidade é constituído por:

- Conselho Superior Universitario
- Reitoria
- Conselho Acadêmico
- Vice-Reitorias Acadêmica, Geral, de Pesquisa e suas dependencias
- Gerencia Nacional Financeira e Administrativa e suas dependencias
- Secretaria Geral e suas dependencias.
- Comitê de Vice-Reitores.

No Nível da Sede se agrupam e se coordenam as faculdades e se estabelece e se executa o Plano de Desenvolvimento de cada sede, que se coaduna com o Plan de Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia. Cada uma das cinco sedes (Bogotá, Medellín, Manizales, Palmira e sedes de presença nacional: Amazonía, Orinoquia e Caribe) possuem:

- Conselho de Sede
- Vice-Reitoria de Sede e suas dependencias

¹⁶ Os docentes chamados *catedráticos* tinham um tipo de contratação que até 2013 não permitia que eles assumissem projetos de pesquisa sob sua responsabilidade direta.

- Secretaria de Sede e suas dependencias
- Institutos de Pesquisa de Sede
- Centros de Sede
- Comitê Acadêmico Administrativo de Sede de Presença Nacional
- Direção de Sede de Presença Nacional.

O Nível de Faculdade executa seu próprio plano de ação em harmonia com o Plano de Desenvolvimento de sua respectiva sede. As faculdades são organizadas em departamentos e oferecem programas curriculares de graduação, pós-graduação e extensão. A Faculdade de Medicina, uma das 11 da Sede Bogotá, possui:

- Conselho de Faculdade
- Decanatura e suas dependencias
- Unidades Acadêmicas Básicas (departamentos, institutos e centros).

A graduação em Fisioterapia, adscrita à área curricular de Desenvolvimento Humano, é administrada pelo Departamento do Movimento Corporal Humano. Esta unidade acadêmica básica provê os recursos humanos para cada uma das áreas disciplinares/profissionais, coordena as atividades de pesquisa e extensão, e administra também o programa de pós-graduação em Atividade Física e Esporte, assim como o Laboratório do Movimento Corporal Humano habilitado junto à Secretaria de Saúde de Bogotá.

Por sua parte o comitê assessor do programa curricular de Fisioterapia é o órgão consultivo e assessor para o funcionamento adequado do programa curricular e emite pareceres para o Conselho de Faculdade em relação a todas e a cada uma das solicitações estudantis.

O programa realizou um processo de acreditação em 2008 e um processo de re-acreditação em 2011. Em ambos os casos obteve a qualificação como programa de alta qualidade por quatro anos¹⁷. Entre os pontos fortes identificados pelos avaliadores se destaca o fato de que ele é um programa com tradição e posicionamento, autônomo, autorregulado em todos os seus processos e regulamentações, com um desenho coerente com as políticas institucionais nacionais e internacionais, com significativa qualidade e

¹⁷ O programa de Fisioterapia da Universidad Nacional realizou seu primeiro processo de acreditação em 2006, obtendo uma classificação de Alta Qualidade vigente até 2010, segundo resolução Número 6680 de 30 de outubro 2006 (Ministerio de Educación Nacional, 2006). Em 2011 realizou processo de re-acreditação obtendo qualificação de Alta Qualidade vigente até 2015, Resolución 5941 de 22 de julho de 2011 (Ministerio de Educación Nacional, 2011).

compromisso do corpo docente, com bom desenvolvimento de pesquisa, dispositivos de apoio ao estudante em função da heterogeneidade de renda, diversidade e qualidade nas práticas acadêmicas de campo e nos programas de extensão, com um programa de acompanhamento dos egressos e projeção social (CNA, 2011).

Sem dúvida também foram apontadas fragilidades tais como déficit no quadro de pessoal docente, que é um problema estrutural, com impacto no cumprimento de suas missões e sobrecarga de trabalho para os professores, formas de contratação por cátedra que limita as funções de pesquisa e o compromisso com o programa, pouca oferta de educação especializada, explicada em grande medida pelos fatores anteriores, escassa formação em nível de pós-graduação em programas específicos de Fisioterapia, escassa articulação entre a pesquisa formal e formadora, baixa qualificação dos grupos de pesquisa, pouca oferta de cursos de educação continuada, pouca flexibilidade pelo excesso de pré-requisitos e ingresso anual, inexistência de análise sistemática do perfil laboral para avaliar o acerto do perfil profissional proposto pelo Projeto Educativo de Programa (PEP).

Na opinião dos avaliadores a maior fragilidade está relacionada à carência de estudos de caracterização do perfil profissional, que permitam identificar mais concretamente o desenvolvimento profissional alcançado pelos egressos e as oportunidades que o meio lhes ofereceu, com o que tampouco é possível avaliar o impacto social e acadêmico do Programa de Fisioterapia da Universidad Nacional, nem assegurar formalmente que tenha sido alcançado o perfil proposto no PEP. Além disso, aparecem também vários fatores relacionados com os recursos físicos e financeiros e as condições estruturais do quadro docente. Os demais fatores, embora apareçam bem qualificados, mostram espaços importantes para melhora. (Anexo B, Quadro 11).

A recomendação fundamental, além de superar o problema estrutura do quadro docente, refere-se a projetar a formação em pós-graduação, articular a pesquisa formal com a formativa, fortalecer a pesquisa, executar de maneira efetiva as estratégias propostas no PEP relacionadas à flexibilidade, integralidade e interdisciplinaridade curricular, realizar análises sistemáticas que permitam evidenciar os indicadores que confirmem a qualidade dos diplomados, e seu impacto no meio, ampliar a oferta de extensão, melhorar o modelo de autoavaliação aplicado no programa quanto à objetividade no método de análise dos elementos do modelo, disponibilidade de

indicadores para avaliar os recursos, emissão de pareceres de cumprimento de fatores e do Programa.

Contudo e assumindo a ideia de que o programa pode ser considerado ótimo, interessa reconhecer o quanto sua formulação e desenvolvimento contribuem para a formação crítica entendida como o processo pelo qual se toma consciência da realidade, questionando as lógicas de poder e dominação e promovendo mudanças das chamadas estruturas.

CAPÍTULO 2. A ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA DA FISIOTERAPIA NA COLÔMBIA

2.1. Breve descrição do sistema de saúde na colômbia e seu impacto na prática profissional

Como já foi apresentado e como já foi ratificado por outros estudos, embora a prática profissional vá além da prestação de serviços de atenção a saúde-doença, compreender a complexidade da situação atual da prática de Fisioterapia requer localizá-la no processo de desenvolvimento histórico e na situação atual do sistema de saúde colombiano, que não se define de forma independente, mas na relação com as tendências mundiais.

Particularmente na América Latina as transformações dos sistemas de saúde podem ser sintetizadas em três dimensões:

- um processo de desmercantilização do acesso, em forma de ampliação de coberturas de serviços assistenciais, o que levou à constituição dos sistemas de proteção social e de saúde e ao reconhecimento do direito à saúde;
- mercantilização da oferta-provisão, que se inicia com o assalariamento dos profissionais desde o início do século XX, passando pela criação das empresas médicas e a formação de operadoras de planos e seguros de saúde, as quais realizam uma intermediação financeira no setor; o que se traduz em profundas transformações na lógica de organização do setor.
- e constituição de um campo de acumulação de capital em saúde, representado pela formação de grandes indústrias, criação de um complexo industrial altamente dependente da inovação tecnológica, do avanço científico e da globalização e financeirização acelerada (Viana et al., 2007).

Tal como é apresentados pelos autores, esses componentes têm dinâmicas e desenvolvimentos próprios para cada país. De um ponto de vista ideológico, o sistema colombiano incorpora os princípios do modelo de competição regulada, orientado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, com foco em quatro funções: financiar a demanda em saúde, prestar serviços de saúde, articular essas duas coisas através de regimes de seguros administrados pelas EPS e modular o comportamento de todo o

sistema cujo substrato último está orientado para acumulação de capital. Este quadro, somado aos processos de descentralização e à reforma da administração pública em 1999, incorpora as propostas do pluralismo estruturado (Londoño; Frenk, 1997) no qual as funções principais estão separadas e integradas horizontalmente, com funções atribuídas ao Estado (direção e governo, financiamento, provisão, outorga de subsídios) e agentes públicos e privados (seguros e prestação de serviços) e que, em última instância, significa uma maior participação do setor privado na prestação de serviços sob a regulação do Estado. Esta perspectiva estava focada na necessidade de um equilíbrio entre o setor privado e público, que se perde no funcionamento atual, com o predomínio do setor privado que apresenta uma tendência monopolista tanto na administração como na provisão dos serviços, sem que o Estado assuma seu controle.

Assim, a organização dos serviços de saúde na Colômbia hoje faz parte do Sistema Geral de Seguridade Social, de acordo com a Lei 100 de 1993 e as Leis 1122 de 2007¹⁸ e 1438 de 2011¹⁹ (Congreso de la República, 2007, 2011). O sistema é composto por um setor de seguridade social (SGSSS) e um setor privado. O primeiro se organiza a partir de três opções: o regime contributivo (RC), o regime subsidiado (RS) e um conjunto de regimes especiais entre os quais se encontram as forças armadas, os empregados do magistério, da ECOPETROL e alguns outros menores, que contam com autonomia para operar seus serviços. O RC reúne os trabalhadores assalariados e aposentados e os trabalhadores autônomos com rendas iguais ou superiores ao salário mínimo. O RS reúne todas as pessoas sem capacidade de pagamento. O RC opera com base na cotização de seus filiados. O RS opera com base em um subsídio cruzado do RC mais outros fundos fiscais resultantes de impostos gerais. A filiação ao SGSSS é obrigatória e se faz através das entidades promotoras de saúde (EPS)²⁰, públicas ou privadas, que se encarregam de oferecer, no mínimo, o Plano Obrigatório de Saúde (POS) ou então o POS-S para os filiados ao RS²¹. As EPS entregam os fundos

¹⁸ Que deu à Comisión de Regulación en Salud (CRES) a responsabilidade de definir e atualizar os planos de benefício.

¹⁹ Que fortalece o Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), através de um modelo de prestação do serviço como parte da estratégia de atenção primária à saúde.

²⁰ Em 2010, havia 67 entidades, das quais 24 funcionavam em regime contributivo e 49 em regime subsidiado; seis participavam em ambas. (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

²¹ Atualmente está em curso um processo de equiparação de planos que cobre 52% da população, particularmente menores de 18 anos e idosos.

arrecadados nas cotizações para o Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o qual devolve às EPS o montante equivalente à unidade de pagamento por captação (UPC) ajustado pelo risco, de acordo com seu número de filiados. Com pagamento captado no RS o procedimento é análogo (embora não seja ajustado ao risco) e é denominado UPC-S. Os provedores da atenção são as instituições prestadoras de serviços (IPS), que podem ou não estar integradas às EPS, mas que, em todo caso, são contratadas por estas. O setor exclusivamente privado é utilizado preponderantemente pela classe alta que, apesar de contribuir em alguma EPS, contrata seguros privados ou recorre a consultas particulares. Uma parte da população com renda média, pela carência de cobertura ou por não conseguir atendimento oportuno no SGSSS, se vê obrigada a recorrer a consultas particulares pagando diretamente do próprio bolso (Guerrero et al., 2011).

Atualmente o sistema oferece uma cobertura, segundo dados oficiais, para 96.4% da população (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), mesmo havendo uma avaliação negativa em relação ao acesso efetivo aos serviços e programas (Molina et al., 2014). Assim, percebe-se uma tensão entre a garantia dos serviços com qualidade aos beneficiários e a rentabilidade para os intermediários, particularmente as seguradoras (EPS). Neste sentido, os pontos de maior controvérsia para o equilíbrio do sistema giram em torno do acesso, da equidade e da gestão financeira do sistema.

No primeiro caso, os estudos realizados não mostram uma correspondência entre o crescimento da população afiliada e o aumento da utilização dos serviços, a não ser no regime subsidiado. De fato constatou-se que o acesso aos serviços médicos reduziu na Colômbia entre 1997 e 2012, segundo os dados da Pesquisa de Qualidade de Vida 2012 (Ayala, 2014), enquanto se sabe que elas recusam a prestação de serviços incluídos no Plano Obrigatório de Saúde gerando ações jurídicas desnecessárias, na forma de tutelas. Em relação aos dados da Defensoria Pública (Defensoria del Pueblo) deste ano, sobre as ações impetradas, mostram que do total delas, 26.94% correspondem a serviços de saúde e se referem a tratamentos (25.6%), medicamentos (17.5%), consultas de medicina especializada (12%), cirurgias (10%) e próteses e órteses e insumos médicos (7.2%). A tendência ao uso de ações jurídicas como mecanismos para garantir o acesso é crescente (Defensoría del Pueblo, 2013). Entre os mecanismos que limitam o acesso aos serviços se destacam o desencontro de informações, a definição das coberturas, as

carências, a existência de mecanismos de seguros de saúde e risco moral e a multiplicação de barreiras administrativas.

Em termos de equidade, diversos estudos mostram a existência de grandes diferenças no acesso aos serviços de saúde regionais, quanto ao tipo de cobertura, entre o campo e a cidade e na qualidade de saúde entre pobres e não pobres. Assim, na Colômbia existe uma distribuição desigual da oferta de prestadores de saúde, observando que as regiões que apresentaram maior necessidade de serviços de saúde têm a menor oferta, o que impede o acesso equitativo à atenção médica²²; da mesma forma, observam-se diferenças segundo o regime de cobertura, incrementadas pelas circunstâncias econômicas. Esta barreira econômica afeta igualmente o acesso a medicamentos pelas mesmas populações. Em termos de resultados na saúde está demonstrado, por exemplo, que as taxas de mortalidade infantil são maiores no regime subsidiado que no regime contributivo, e maiores ainda, quando as famílias não estão filiadas ao sistema. Em Bogotá, houve taxas de mortalidade materna quase em dobro no regime subsidiado em relação ao regime contributivo (Encuentro Nacional de Académicos de la Salud, 2012).

Em termos financeiros, as críticas comparam, em primeiro lugar, os resultados em saúde com o crescimento dos recursos, os quais triplicaram nos últimos vinte anos, passando de 2,1% do PIB em 1994, para 8,6% em 1998, 7,8 em 2009, para chegar a 7,3 em 2013, com o que a Colômbia ocupa a terceira posição na América Latina quanto à destinação de recursos para a saúde em proporção ao PIB; em segundo lugar, cresce a preocupação com a viabilidade financeira do sistema uma vez que a filiação ao RS tem aumentado mais do que o crescimento da população filiada ao RC, o que somado aos crescentes custos dos procedimentos no POS tem gerado sérios problemas para a sustentabilidade financeira do SGSSS (Santa María, 2011; e em terceiro lugar se questiona a gestão que as EPS fazem dos recursos da saúde, a uma vez que elas não cumprem a destinação específica, prevista pela Constituição e pela Lei, dos recursos parafiscais de saúde, e já fizeram uso indevido de recursos parafiscais sob sua responsabilidade, em proveito próprio e em detrimento do patrimônio estatal²³. Entretanto

²² Os dados mostram que em 2012 a região Orinoquia – Amazonia ficou em último lugar em matéria de acesso e o Valle del Cauca foi a região melhor posicionada (Ayala, 2014).

²³ A Contraloría Delegada descobriu que “utilizando recursos parafiscais da saúde, a Saludcoop (EPS) celebrou contratos e fez todo tipo de negócios, inclusive fora de sua área de atividades.

isso, as EPS devem entre 3,5 e 4,5 trilhões de pesos colombianos para as entidades prestadoras, o que gerou um déficit hospitalar sem precedentes no país, colocando em risco grande parte da rede pública.

Adicionalmente, a Lei 100 de 1993 afetou a autonomia dos profissionais da saúde, seus princípios morais, éticos e direitos trabalhistas (Molina et al., 2011). Nesse contexto, o atual sistema de organização dos serviços de saúde impacta a prática profissional em Fisioterapia, uma vez que quem determina quando se inicia ou termina o tratamento é a decisão do médico ou do grupo de profissionais e das diferentes entidades promotoras de saúde (EPS). A pessoa chega com um diagnóstico e é avaliado e se definem objetivos de tratamento. No entanto, o diagnóstico fisioterapêutico não é reconhecido como uma atividade específica e, em consequência, não é pago de forma diferenciada, o que desestimula a sua realização. O encerramento do processo de atendimento se dá a partir de fatores associados ao regime de filiação do paciente. A prestação dos serviços é regulada por critério rígidos que definem duração, frequência e quantidade de sessões que são previamente autorizadas, com base nas necessidades do serviço e não das pessoas. O acesso aos produtos e serviços mínimos necessários para alcançar uma reabilitação funcional efetiva, particularmente em caso de órteses e próteses, com frequência se dá pela via da ação judicial como mecanismo de exigência do direito junto às EPS (Mena, 2006).

Esta lógica do sistema de saúde não estaria completa se ele não conseguisse controlar sua força de trabalho. Neste sentido, a intenção de ampliar a obtenção de mais-valia no setor incorpora além dos aspectos já apresentados de transformação na organização do trabalho, modificações nas relações trabalhistas. Assim, foi implementada no país, uma reforma mediante a Lei 50 de 1990 que foi ampliada com a Lei 789 de 2002, com uma tendência à desregulamentação, à flexibilização, à diminuição de custos da força de trabalho, à contratação precária e à instabilidade (OPS; Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006).

Com esses recursos fez investimentos em infraestrutura, fez doações a empresas do grupo e para equipes de futebol, investimentos em aportes de capital em sociedades nacionais e estrangeiras, grandes pagamentos por comissões de venda, pagamentos de bonificações extraordinárias e bônus elevados para seus trabalhadores em geral, investimento em imóveis, instalações e equipamentos, construções, reformas etc.” (Universidad Nacional de Colombia, 2013).

Surgem, então, novas formas de contratação e a perda de direitos trabalhistas através de processo de precarização das relações de trabalho, terceirização de serviços e informalização da atividade econômica e redução dos níveis de proteção legal o que constitui num fator determinante na deterioração das condições de vida da população trabalhadora. Estas novas formas trouxeram consigo uma precarização das relações de trabalho, deterioração das garantias de renda e emprego, e criam obstáculos para a organização e sindicalização, entre outros, no setor saúde. (Flórez et al., 2009; OPS - Ministerio de la Protección Social, 2006)

Segundo o Relatório sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde de 2008 essa deterioração nas condições de emprego afetam a saúde das comunidades e a equidade sanitária. Por exemplo, o estresse no trabalho está relacionado com 50% das cardiopatias coronarianas. A falta de controle sobre o próprio trabalho, com excessiva exigência física, tarefas muito repetitivas, a percepção de que a remuneração não corresponde ao esforço realizado, são fatores de risco que podem levar a problemas de saúde física e mental (OMS, 2008).

Tudo isso coloca o sistema colombiano numa crise que, no dizer de diferentes atores sociais, é determinada pela submissão aos interesses do setor privado e aos valores vigentes do mercado (Encuentro Nacional de Académicos 2012). Em face dessa situação e depois de um prolongado debate nacional, o governo colombiano assinou, em 16 de fevereiro de 2015 a Lei Estatutária 1551 (Congreso de la República, 2015), que regulamenta o direito fundamental à saúde e contempla outras disposições. Em relação à promulgação dessa lei as posições se dividem sobre até onde ela significa a continuidade do modelo vigente, centrado na concepção da saúde como mercadoria, ou até onde ela possibilitará uma mudança de direção, orientando o sistema para uma perspectiva de cumprimento do direito à saúde. Todo parece indicar que, mesmo se a Lei Estatutária pudesse representar um avanço, as decisões relativas ao Plano de Desenvolvimento Nacional e da Reforma Tributária colocam sérias limitações a qualquer processo de mudança estrutural.

Concluindo, a estrutura normativa e social que organiza as práticas em saúde no contexto do sistema de saúde, evidencia uma lógica de mercantilização dos serviços orientada para a valorização das instâncias de intermediação ligadas ao grande capital nacional e internacional, o que tem significado uma limitação para a prática liberal da

profissão e seu consequente assalariamento; sendo que esta última condição apresenta uma tendência à precarização da condição de trabalho.

2.2. Desenvolvimento da prática da Fisioterapia na Colômbia

Segundo a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT na sigla em inglês), os fisioterapeutas prestam serviços a indivíduos e grupos humanos para restaurar a máxima capacidade funcional de movimento durante o ciclo vital humano. A partir dessa perspectiva, a prática dos fisioterapeutas inclui a oferta de serviços para potencializar o movimento e a função (WCPT, 2007).

Trabalhos anteriores (Sarmiento et al., 1994) caracterizaram o desenvolvimento da profissão na Colômbia a partir dos processos de institucionalização da prática e a educação em quatro períodos.

Primeiro período: práticas dispersas (1900 – 1951) que refere a existência de atividades orientadas ao restabelecimento da saúde estimuladas a partir da medicina caseira, a magia e o curandeirismo, resultantes do sincretismo africano, hispano-medieval e indígena-americano, que se misturam com as novidades do desenvolvimento da medicina europeia, e que mais ao final desse período contam com as primeiras formas de institucionalização dentro da organização de serviços nos hospitais públicos e serviços particulares.

Segundo período: institucionalização (1952 – 1975) delimitada pela institucionalização do processo educativo com uma clara influência da lógica de educação dos Estados Unidos.

Terceiro período: processo de consolidação (1976 – 1989) destacando a formulação e a aprovação da Lei 9 de 1976, que possibilita seu caráter autônomo e de formação universitária e no qual se observava o impacto da crise do paradigma científico, que, em saúde provoca uma reformulação de sua concepção, já não como fenômeno individual mas como fenômeno social, multicausal que requer intervenção multissetorial, questionando o desenvolvimento tanto da prática como da formação nessa área.

Quarto período: Reposicionamento profissional e desenvolvimento disciplinar (1990-1994) caracterizado pelas importantes reflexões orientadas para uma maior identidade e projeção profissional, à luz da busca de avanços em torno do objeto de estudo, do perfil e da missão da profissão no país. Este último período é questionado por

outra autora (Cobo, 2011) que argumenta – com base nas conclusões da mesa de Epistemologia do II Encuentro Latinoamericano de Acadêmicos em Fisioterapia e Kinesiologia em 2009 em Bogotá – que a profissão, em última instância, não conta com postulados teóricos e modelos próprios que lhe permitam receber a denominação de ciência ou de disciplina e que, portanto, não é possível caracterizar a existência deste último período.

Esta tese centra-se numa análise da Educação em Fisioterapia, a partir das condições de organização da prática profissional, o que requer uma leitura do desenvolvimento histórico da mesma, destacando os aspectos que evidenciem a contradição capital – trabalho subjacente ao desenvolvimento da prática profissional no contexto de uma sociedade capitalista como a colombiana. Nesta perspectiva é de interesse caracterizar aspectos relativos a como se organizaram e se desenvolveram as profissões em sua relação com o mercado e com o Estado na conformação do sistema profissional, o poder e o status das profissões, e a autonomia profissional, aspectos que também compõem uma perspectiva sistêmica que parte do reconhecimento das profissões como um subsistema econômico e de status, por princípio vinculado com a classe dominante (Machado, 1991; Rodríguez, 1992; Pierantoni, 1994).

Assim, com a intenção de complementar estas visões, apresentamos uma caracterização de períodos de desenvolvimento profissional considerando essencialmente aspectos relativos ao desenvolvimento da prática profissional no contexto de uma sociedade capitalista, onde as próprias transformações da organização social do trabalho e o lugar das profissões dentro dela, assim como as relações interprofissionais decorrentes, o status ocupacional no setor saúde, o reconhecimento social, a autonomia e, finalmente, as condições mesmas de realização da prática profissional demandam ser consideradas, problematizadas e caracterizadas. Estes aspectos devem ser entendidos com expressões das mudanças e dos acordos em termos de organização e divisão do trabalho, hierarquia e desqualificação-fragmentação do trabalho, categorias da proposta marxista de análise do trabalho. Este componente articula informações de fonte secundária provenientes da Associação Colombiana de Fisioterapia e a sistematização das entrevistas realizadas com cinco especialistas, sendo três formados, respectivamente, nas décadas de 60, 70 e 90 e dois nos anos 80, com trajetórias profissionais que oscilam entre 42 e 16 anos de prática profissional, com projeção na assistência, na docência e em atividades associativas.

2.2.1. Origens da prática na Colômbia (1928 - 1946)

Assinalou Sarmiento (Sarmiento et al., 1994), que na origem da Fisioterapia no país, encontramos a existência de atividades estimuladas pela medicina caseira, pela magia e pelo curandeirismo, resultantes do sincretismo africano, hispano-medieval e indígena-americano, que na primeira metade do século XX representam um confronto, de velha data, com a intenção de controle dessas práticas pela instituição médica. Importante mencionar que foi em fins do século XVIII que o saber médico ocupou o hospital e o medicalizou (Machado, 1991), com o que as atividades de cuidado como a enfermagem mudaram seu foco: do bem estar do paciente para a ordem e disciplina do hospital. Posteriormente ocorreria o mesmo com outras atividades de cuidado, como as referentes à recuperação com o uso de ajudas físicas e cinéticas como a massagem e os exercícios.

Assim, o aspecto mais relevante desse período histórico está relacionado com a incorporação, no contexto nacional, das transformações que acontecem na organização das práticas médicas no que se refere a uma nova divisão do trabalho, na qual certas atividades consideradas auxiliares ou secundárias nas atividades de atenção à doença surgem com apoio de desenvolvimentos técnicos e tecnológicos. O surgimento dessas práticas na Colômbia põe em destaque três aspectos chaves que se projetam historicamente no desenvolvimento da Fisioterapia.

Primeiro, o protagonismo de homens médicos especializados. As novidades da medicina europeia no campo da atenção às limitações do movimento foram incorporadas pelo país em serviços de hospitais públicos e outros serviços particulares existentes. Assim, na Colômbia, como em outros países, diversas referências (Sarmiento et al., 1994; ASCOFI, 2003; ASCOFI, 2008) identificam o uso da cinesioterapia e das massagens como os primeiros antecedentes da Fisioterapia propriamente dita; atividades que eram realizadas para a recuperação de pacientes com limitações de movimento por lesões ósseas, musculares e neurológicas.

Inicialmente a cinesioterapia e a massagem se viabilizaram institucionalmente em serviços de saúde, particularmente da área de atenção a lesões ósseas e musculares (Hogar Clínica San Rafael, 1929; Hospital San Juan de Dios 1931; (ASCOFI, 2003); Instituto Nacional de Radium, 1933 (Universidad Nacional de Colombia, 2010) e sua finalidade era exclusivamente voltada para a recuperação de limitações desse tipo de

lesões. Posteriormente ela foi incluída no tratamento de sequelas de Pólio, deformidades congênitas ou adquiridas e queimaduras. No pavilhão San Lorenzo do Hospital San Juan de Dios, dois cinesioterapeutas formados no exterior utilizavam diatermia, infravermelhos e ultravioleta.

Aliás, como em outros países esta é uma atividade complementar à atenção médica²⁴, vinculada à assistência à doença, campo em que a figura do médico é dominante. Assim, pois, esta etapa inicial é marcada pelo protagonismo de homens, médicos das áreas de traumatologia, ortopedia e cirurgia, formados no exterior, que realizavam trabalhos de organização e direção dos serviços que foram incorporando a cinesioterapia e a massagem.²⁵

Segundo, a validação destas práticas pela ação dos médicos na sistematização de experiências. Foram os médicos, particularmente ortopedistas, que buscaram legitimar o uso destas técnicas ao apresentar sistematizações de experiências em cenários acadêmicos, sociedades científicas em 1931 e universidades, em 1940²⁶. Os médicos também assumiram o papel de primeiros formadores, em uma primeira etapa formando em fisioterapia às enfermeiras²⁷.

Em 1936, o doutor Reyes apresenta um artigo intitulado *Notas de Fisioterapia Dermatológica* que apresenta suas reflexões no seu uso, durante os cinco anos anteriores, na prática institucional e privada. Ele reconhece o vasto campo da mesma e distingue claramente o uso de agentes físicos e o uso da “quinesioterapia” como

²⁴ Na França do século XIX a fisioterapia é uma especialização emergente, promovida por médicos que reconhecem a qualidade dos agentes terapêuticos mas convocam outros para sua aplicação (Cobo, 2011).

²⁵ Este predomínio dos homens não é exclusivo de nossa profissão. A origem da enfermagem na Colômbia, nos primeiros anos do século XX, tem a mesma característica (Velandia, 2009).

²⁶ “... Em 18 de janeiro de 1939 se praticou uma intervenção consistente em romper com o cinzel o calo ósseo para colocar a fratura em melhor posição, submetendo-a depois à extensão contínua com tração esquelética sobre o calcâneo, para nossa tristeza, note-se que, em função do manuseio do Serviço e por carecer de Cinesioterapia, os resultados não são satisfatórios (...) em síntese constituem as lesões que uma deficiência no tratamento deixa nesta paciente: ficam também esboçados sumariamente os modos ou maneiras de que dispomos para impedir estas complicações, que não devem estar presentes num Serviço que conheça ainda que medianamente, as regras gerais que nos servem para tratar as fraturas e que são: 1. Imobilização da fratura, com mobilização após os dez primeiros dias das articulações vizinhas ao foco da fatura. 2. Cinesioterapia consistente em massagens muito suaves nos músculos que rodeiam a fratura, destinada a ativar a circulação necessária para a correta formação do calo ósseo, assim como também evita rigidez muscular” (Leyva, 1940).

²⁷ Na Reforma do currículo de enfermagem da Universidade Nacional em 1937, identifica-se disciplina intitulada *Fisioterapia Especial* a ser cursada no terceiro ano do ciclo de formação’ (Velandia, 2009, p. 267).

tratamento que trabalha sobre o organismo imprimindo movimento ativo ou passivo (Reyes, 1936).

Em 1937 o texto "Tratamiento Racional de las Fracturas y Luxaciones" do médico ortopedista Lisandro Leyva, formado na França, reconhece a importância da massagem e os exercícios realizados por massagistas e sovadeiros nos pacientes do Hospital San Juan de Dios; em 1944 o mesmo autor publica sua obra "Elementos de Cinesioterapia y Traumatología", na qual se introduz o conceito europeu de cinesioterapia, entendido como o emprego do movimento para o tratamento das afecções e doenças humanas, que serve de base para a organização e institucionalização do primeiro serviço de cinesioterapia dentro do Hospital San Juan de Dios e para o treinamento formal de massagistas e enfermeiras. (Sarmiento et al., 1994).

Terceiro, a promoção desta prática apoiada na divisão sexual do trabalho e o acesso das mulheres à educação. No período histórico de fins do século XIX e início do século XX, a mulher, particularmente de famílias abastadas, ingressa na educação de normalistas e comercial e se incorpora às "atividades remuneradas" num período em que as atividades domésticas eram a única inserção produtiva para elas. Entre 1930 e 1940 inicia o acesso da mulher ao ensino médio e superior (Martínez; Munar, 1995).

Como já foi mencionado, o acesso à educação superior desde sua origem tem, como componente reconhecido, um viés de classe social, de tal sorte que a ela têm acesso integrantes de classes econômicas mais abastadas. Este aspecto foi se matizando ao longo do século, no entanto, hoje a educação universitária no país favorece o acesso para os grupos sociais de classe média e alta ²⁸. Em todo caso, se mantém a incorporação da mulher ao sistema capitalista em condições de desigualdade salarial e menor reconhecimento de suas capacidades²⁹.

Por outro lado, as mulheres, como projeção da divisão sexual do trabalho – pela qual a mulher é responsável pelo cuidado e pelas atividades da casa – estão vinculadas desde o início ao desenvolvimento de atividades de cinesioterapia em um papel de

²⁸ A taxa líquida de cobertura da educação superior no período 2002 – 2007 para o quintil 1 de ingressos foi de 6% e para o quintil 5 de 49.4% (Orozco, 2011).

²⁹ As mulheres se preparam mais, porém ganham em média 7% menos que os homens; trabalham em jornadas mais prolongadas, são contratadas para empregos temporários em maior proporção que os homens; ocupam cargos de menor escala salarial e menor hierarquia que os varões. (Sarmiento, 2013)

cuidadoras, voluntárias³⁰ e posteriormente como aprendizes³¹. Muitas delas estão familiarizadas com esta atividade como resultado de experiências prévias, como cuidadoras de familiares com algum tipo de doença. Algumas delas, dependendo da classe social, viajaram ao exterior em busca de serviços especializados de reabilitação para seus familiares. Nestes contatos elas tiveram diferentes graus de treinamento e sensibilização em relação a esta atividade e ao regressarem atuam como incentivadoras de projetos voltados à prestação desses serviços. Isto, somado ao aparecimento de epidemias de pólio e à falta de pessoal capacitado para seu atendimento, faz com que se “treinem” senhoras voluntárias e algumas religiosas na aplicação de massagens e movimentações (Sarmiento et al., 1994, p.12).

No entanto, este é o começo de um processo de inserção de mulheres no cuidado de outros – mulheres que tiveram a possibilidade de completar a educação primária e secundária e que precisarão qualificar-se em função da complexidade das tarefas que lhes serão designadas – uma inserção que se dará em lógicas institucionalizadas, profundamente hierarquizadas, sob o domínio de homens profissionalizados, especializados no exterior.

2.2.2. Institucionalização de uma prática técnica sob o controle médico (1942 – 1962)

A Fisioterapia se organiza primeiro nas instituições que prestam serviços de saúde, posteriormente, institucionaliza-se sua formação e, finalmente, legaliza-se sua prática como de carácter técnico. Neste período se destacam quatro aspectos:

Primeiro, amplia-se a prática em instituições claramente hierarquizadas. Validado o papel da cinesiterapia nas instituições de atenção, durante este período destaca-se a criação de centros dedicados à atenção com a participação do Estado, particularmente para a população infantil de escassos recursos. No ano 1942, organiza-se o “Asilo Taller”, que três anos depois, mudaria o nome para “Niños Inválidos

³⁰ Nos anos 20 e 30 as mulheres foram convocadas como guardiãs da raça e íntimas companheiras do trabalho sanitário realizado pelos médicos nas residências e nas escolas (Herrera, 2014).

³¹ O século XX viveu dentre suas grandes transformações mudanças nas relações de gênero e no papel que a mulher tinha na história do mundo ocidental. A incorporação plena da mulher ao mercado de trabalho, o acesso a todos os níveis do setor educacional, a ocupação de cargos públicos, entre outras, são expressões destas mudanças, que envolveram mudanças de mentalidade e do imaginário que haviam sido construídos em torno da mulher na cultura ocidental (Herrera, 2014, pg. 186).

Franklin D. Roosevelt” e iniciaria suas atividades com a contratação de um médico especialista em Ortopedia, outro em Psiquiatria e uma Enfermeira especializada em readaptação de crianças com discapacidade. O instituto foi inaugurado oficialmente em 1947. Em 1957, seu quadro incluía, entre outros, ortopedistas e 12 fisioterapeutas (cinco em tempo integral e sete em tempo parcial).

Paralelamente à criação do Asilo-Taller, nasce em 1947 a Fundación Santa Ana, com a participação de médicos ortopedistas. Também se organiza o primeiro centro de reabilitação e fisioterapia particular, com participação de uma fisioterapeuta com formação no exterior.

Cobo (2011), indica que em 1959, os Fisioterapeutas participavam em equipes de reabilitação como responsáveis por atividades tais como: exercícios físicos (exercícios realizados na cama do enfermo, em cadeira de rodas, em colchonete, em caminhada com barras paralelas, exercícios em pé ajudado por muletas e caminhada com muletas), atividades funcionais (atividades da vida diária, na cama, relacionadas com o cuidado pessoal, em cadeira de rodas, deambulação e elevação, atividades relacionadas ao transporte e atividades que demandam movimento delicado e coordenado das mãos).

Segundo, a formação técnica é instituída numa lógica de dominação de gênero e dominação profissional. A constituição de instituições de atenção com ênfase em reabilitação traz a necessidade de formação idônea de pessoas dedicadas ao desenvolvimento da cinesioterapia. O primeiro antecedente de processos de formação se deu em 1949, no próprio Instituto Roosevelt optando por uma proposta de formação em conexão direta com as próprias atividades do Instituto. No entanto, o diretor do instituto, doutor Juan Ruiz Mora, considerou que seu nível não era adequado e decidiu desenhar uma proposta de educação formal. Para isso, ele viaja para os EEUU e para o Canadá e retoma propostas de formação em Fisioterapia da Asociación Americana de Fisioterapia (APTA), baseada nos programas das escolas de Rochester e Chicago dos Estados Unidos, que tinham um enfoque clínico distinto do europeu mais centrado no manejo de máquinas e aplicação de massagens (Sarmiento et al., 1994, p. 13).

Assim, a primeira oferta de formação reconhecida legalmente se inicia em 1952 na Escuela Nacional de Fisioterapia, instituição de caráter privado, com duração de dois anos e outorga de um diploma de técnico. Como já foi dito, o modelo original de ensino foi similar ao adotado nos EUA na época. Isto é reforçado pelo modelo hegemônico da

formação médica, se se considera que na etapa inicial grande parte dos formadores eram médicos especializados. Do grupo docente participaram algumas mulheres formadas como fisioterapeutas fora do país. Os locais de prática eram o Instituto Roosevelt, a Hotúa, San José e a Misericórdia, cujas instalações eram precárias, e não se contava com maiores equipamentos. Em 1961, a escola muda de nome para Escola Colombiana de Fisioterapia, com uma expansão de seus programas de acordo com a Confederação Mundial de Fisioterapia – WCPT.

Quem realizava atividades de cinesioterapia e massagens nas instituições inicialmente eram mulheres. Isto somado à divisão sexual do trabalho, que “naturaliza” o papel das mulheres como cuidadoras, explica que a oferta de formação tenha sido feita para as mulheres, de tal sorte que o primeiro grupo formado, e por muitos anos se manteve assim, é de mulheres. O fato de ser considerado um trabalho auxiliar justificava o pouco interesse de homens para esta possibilidade de acesso à educação superior. Com isso, ficava reforçada uma tendência inicial, já apresentada desde o começo, de dominação de homens de classe social privilegiada – médicos especialistas – sobre mulheres de classe social privilegiada – técnicas.

Existem antecedentes de outras propostas precoces de formação. Assim, a Universidade Nacional em conjunto com a Sociedad Española de Rehabilitación, oferece, em 1958, a formação em dois anos de auxiliar de fisioterapeuta (Universidad Nacional de Colombia, 1958). Os alunos tinham que possuir o título de Ayudante Técnico Sanitário ou outro similar reconhecido. O primeiro ano abordaria: Anatomia e Fisiologia do aparelho locomotor, Clínica do aparelho locomotor, Testes elementares, Hidroterapia, Cinesioterapia, Massagem, Enfermagem. O segundo ano abordaria: Clínica do aparelho locomotor, Física e Química elementar, Rudimentos de terapêutica farmacológica e eletroterapia, Psicologia elementar, Ética profissional, Educação industrial. O programa era organizado com cinco horas de aulas teóricas e 24 horas de aulas práticas, semanalmente. Esta proposta não prosperou.

Em termos das características dos programas iniciais de formação pode-se destacar: a) um paradigma teórico - metodológico moderno e experimentalista no modelo biologista de saúde – doença; a prática do saber se mantém a partir da abordagem da doença, b) o método de ensino se apoia no desempenho de tarefas específicas – adestramento, hábitos e habilidades – sob o conceito de observação direta e da repetição das atividades, c) o saber fisioterapêutico se dá a partir de um saber

médico que é a referência de sua criação e, d) a relação professor – aluno é baseada na transmissão e acumulação de informação (Torres, 2000).

Terceiro, normatiza-se a prática de serviços técnicos sob o controle dos médicos especialistas, com a consequente limitação da autonomia e do controle do processo por parte de quem executa a citada prática. A institucionalização da prática e da formação dá lugar para a necessidade de legalizá-la. Neste plano, por iniciativa da junta diretiva da associação, criada pelo primeiro grupo de mulheres graduadas na formação técnica, e com a participação de médicos, em sua maioria ortopedistas, foram feitas gestões e se obteve a aprovação do Decreto 1056 de 1954 (Congreso de la República, 1954), pelo qual se regulamenta o exercício da Terapia Física ou Fisioterapia.

O aspecto mais significativo dessa Lei é o fato da Fisioterapia ser caracterizada como “um ramo auxiliar da Medicina” que deve ser supervisionado por “médico titulado ou especializado em algum dos ramos relacionados a tal profissão, tais como ortopedia e traumatologia, neurologia, neurocirurgia etc.” No texto deste Decreto fica explícito que é proibido a técnicos em Fisioterapia prescrever tratamentos ou abrir por sua própria conta consultórios ou institutos, sem que os mesmos estejam sob a direção de um médico especializado, e, ainda, que fica vedado o desenvolvimento de cursos de formação fora de faculdades ou escolas aprovadas pelo Ministério de la Educación Nacional³². Estes elementos constituem um aspecto central para o desenvolvimento profissional, e que diz respeito à limitação, na origem, da prática autônoma, justificada por seu caráter técnico, e, por conseguinte, ao controle do processo de trabalho que fica submetido nesse primeiro momento à figura do médico. Como veremos mais adiante, no decorrer do desenvolvimento profissional, este será um aspecto marcante dos movimentos corporativos.

Quarto, é instituída uma associação profissional. No dia 5 de dezembro de 1953, data da formatura da primeira turma da Escola Nacional de Fisioterapia, é criada a Associação Colombiana de Fisioterapia – ASCOFI. Nesta fase, já institucionalizadas a prática e a formação, os temas centrais da atuação da Associação passam a ser o preço a ser cobrado pelos serviços, estipulando-se valores diferenciados para o atendimento em

³² Esta limitação ao exercício profissional não é observada em outras profissões que compartilham origens similares. A Enfermagem entregou, em 1915, o Diploma de Idoneidad en Medicina y Enfermería, conferido pelo município de Bogotá, e as primeiras formadas organizaram um Centro de Enfermeiras numa farmácia no centro da cidade de Bogotá. Na Colômbia o exercício liberal em enfermagem nasceu junto com a profissão (Velandia, 2009).

consultório e atendimento em domicílio, numa clara concepção de ação associativa orientada a incidir na prática no setor privado; apoio para a colocação profissional das fisioterapeutas; código de ética profissional; reconhecimento e defesa da formação para o exercício profissional; e vinculação dos estudantes de último ano à Associação.

Além disso, desde o início de sua formação, a associação identificou a necessidade de manter relações com outras organizações e associações internacionais (americanas e mundiais) e nacionais de outras profissões em saúde (Associação Médica Sindical –ASMEDAS- e Sociedades Científicas).

No plano internacional, precocemente, no ano de 1959, a Associação Colombiana ratifica sua participação como membro da Confederação Mundial de Fisioterapia, sendo a Colômbia o primeiro país de fala espanhola a fazer isso. A partir de então a Associação tem desempenhado um papel ativo nessa instância. A dinâmica do desenvolvimento profissional se posiciona claramente numa lógica de gestão de seu papel como técnicos assalariados, sem chegar a expressar um questionamento central ao nível de subordinação definido desde a origem. Tampouco se evidencia alguma contradição a respeito do tema igualdade de gênero; um reflexo próprio da época.

Na década de 60, a associação além dos temas de reivindicação corporativa e fortalecimento organizacional pauta atividades de intervenção social como debates com grupos de pacientes, apoio à criação da Associação de pais de crianças com paralisia cerebral, criação do Fundo do inválido para viabilizar aparelhos para paciente com poucos recursos.

Estes fatores sugerem que a organização, em seu primeiro momento, não tem contradições marcantes, pelo contrário, opera numa lógica de trabalho coordenado com a figura que exerce controle. Isto pode ser explicado pelo caminho ainda inicial do processo de construção de identidade de gênero, de trabalhadora, e da própria prática, como acúmulo de saber. Também sua projeção social para além do interesse corporativo é incipiente.

Assim, a partir de 1954 e até 1963, num plano formal e legal, instituem-se uma formação e uma prática técnica orientada para fazer, obedecer, reproduzir, num contexto relativamente estável:

Eu me graduei (1968) éramos técnicas e não havia problema, então se obedecia a uma ordem médica, éramos especialistas no fazer, não havia problemas. E3 (31:31)

2.2.3. Reconhecimento da prática profissional e desenvolvimento corporativo (1963 – 1992)

Este período claramente se identifica como um período de ascensão e conquistas corporativas e profissionais, coincidente com trabalhos anteriores já citados, nos quais se destaca o fortalecimento organizacional como aspecto chave para o avanço nos componentes de autonomia e controle da prática profissional, como também do processo de formação que posteriormente será um aspecto central no enfraquecimento associativo, com um claro impacto no desenvolvimento disciplinar, profissional e trabalhista. Destacam-se quatro aspectos:

Primeiro, o fortalecimento interno da ASCOFI e alianças. Desde 1963 se iniciou um processo de *lobby* junto ao Ministério, pela mudança do decreto 1056 de 1954, que exigiria anos para se conseguir que o tema entrasse na agenda, um processo que se concluiria com a aprovação da Lei 9ª de 1976. Para esse processo ASCOFI fortalece sua estrutura interna, instalando em 1968 coordenações em cidades chave, o que lhe permite uma melhor leitura das necessidades dos associados em nível nacional e posteriormente em nível regional. Posteriormente, três dessas coordenações se converterão em capítulos regionais³³. Além disso, a Associação se converte em referência de documentação nacional e mundial como fruto de sua vinculação com organizações afins. A Associação inicia a publicação de informações através de boletim (1961) e revista científica (1966) e uma biblioteca (1968). Todos esses aspectos indicam uma situação de fortalecimento interno que permitiu enfrentar o desafio da mudança do Decreto 1056 de 1954. E ainda, mantém ativos os vínculos com a WCPT, o que se traduz na participação em diversas atividades e na assistência de membros da diretoria mundial nas atividades programadas.

No ano de 1970 surge a Associação Sindical de Fisioterapeutas de Colombia – ASFICO³⁴ - que, em conjunto com ASCOFI coloca como tarefa principal a apresentação de um projeto de lei ao Senado, buscando avançar no reconhecimento da profissão. Esta pretensão leva ao desenvolvimento de uma agenda organizada em torno da formação no que diz respeito a plano de carreira e revisão curricular durante o período de 1972 – 1974, convocada pela Associação. Este aspecto traduz uma articulação associação-

³³ Sur Occidente, 1982; Costa Atlántica, 1985; Antioquia 1988.

³⁴ ASFICO desaparece durante o processo de liquidação do Instituto Colombiano de Seguro Social que iniciou em 1990 e concluiu em 2012.

academia anterior à aprovação da Lei 9 de 1976, situação que mudaria drasticamente a partir da década de 1990.

Por outro lado, neste período destaca-se o desenvolvimento de mesas redondas mensais a cargo de cada hospital. Estabeleceu-se comunicação com associações médicas de várias especialidades em saúde, obtendo-se apoio de todas, com exceção da Associação de Medicina Física e Reabilitação. Também em 1975 estabeleceram-se contatos com outras associações em nível mundial em busca de informações normativas similares que respaldariam os pontos de vista centrais consignados no texto da Lei. Todas estas atividades contribuíram para alcançar a aprovação da Lei 9 de 1976.

Além disso, e como um aspecto transcendental que não devidamente compreendido em sua justa medida, a Lei reconhecia o poder de autorregulação da profissão, ao aprovar a formação do Consejo Asesor de Fisioterapia, o qual seria oficializado tão somente em 1989.

Segundo, logram-se alterações normativas visando assegurar remuneração justa, o caráter profissional e a autonomia da prática: Lei 9 de 1976. Desde 1963 se iniciara um processo de *lobby* junto ao Ministério, pela mudança do Decreto 1056 de 1954, que exigiria anos para se conseguir que o tema entrasse na agenda, um processo que se concluiria com a aprovação da Lei 9ª de 1976. Dentre os aspectos reivindicados estavam:

A possibilidade do trabalho independente, superando a concepção de atividade tutelada materializada na proibição de ter consultórios próprios; ampliar a oferta, até aquele momento filtrada pelos médicos especialistas, defendendo que a prestação de serviços de Fisioterapia estaria legitimada a partir do diagnóstico prévio e da prescrição por qualquer médico; os médicos não poderiam exigir porcentagem, o que mostra a dinâmica da relação instaurada até aquele momento; dar à profissão caráter de formação superior ou universitária com autonomia, o que se traduzia entre outras coisas, no aumento do tempo de duração dos estudos para a carreira, homogeneização dos programas e títulos conferidos pelas universidades, bem como favorecer o reconhecimento de estudos especializados. (ASCOFI, 2003, pg. 103).

Todos esses objetivos foram alcançados na aprovação da Lei 9 de 1976. Desde o começo o acesso aos serviços de Fisioterapia se dava de duas formas: nas instituições públicas ou na prática privada, e dependente em ambos os casos dos médicos especialistas. No entanto a remuneração é diferente para cada opção. No primeiro caso,

o pagamento se dava segundo um salário estabelecido. No segundo caso, a relação entre médico e fisioterapeuta foi a partir de um acordo verbal, em que se estabelecia um trabalho coordenado; um trabalho no qual o médico encaminhava os pacientes e recebia um pagamento por isto ou, como se deduz das reivindicações para a alteração da lei, pedia uma porcentagem sobre o valor das consultas/atendimentos. O debate sobre o valor dos serviços prestados aparece na agenda corporativa desde os primeiros anos (1954-1957) em relação aos valores cobrados em consultório e em domicílio (ASCOFI, 2003). Posteriormente surge uma insatisfação com o valor pago pelos serviços do fisioterapeuta:

Pagavam-nos o equivalente a um salário mínimo e eles faturavam milhões e milhões com nosso trabalho, aí começamos a ver a necessidade de nos tornarmos universitários, para mim, embora se diga que eram os desenvolvimentos da profissão, para mim o central para nos tornarmos universitários foi que precisávamos ser independentes e receber o dinheiro que produzíamos; então eu creio que fizemos mudanças um pouco tímidas do ponto de vista do desenvolvimento disciplinar e científico; me parece que a luta se deu com muito mais força, nesses termos. E3 (31:31).

Os especialistas consultados identificam que um dos grandes impactos da Lei 9ª de 1976 se refere ao fato de que o valor pago pelo atendimento, a partir dela, chega sem a intermediação do médico, com o que se constata um período de bonança econômica, muito evidente durante a década de 80, no que se refere ao atendimento em domicílio e à prática independente em consultório:

(O atendimento domiciliar, 1983) Eram muito bem pagos, era um trabalho direto, eu fazia as sessões, eles te mandavam a ordem e tudo. E1 (56:56)

Igualmente, as referências de fonte primária coincidem ao identificar que as condições de trabalho no setor público eram favoráveis e o profissional procura combinar o melhor de cada opção:

(Beneficencia de Cundinamarca, 1984) Contrato permanente, com todo o apoio, como era um trabalho com população com algum nível de risco, por estar fora da cidade, tínhamos férias a cada seis meses, tínhamos gratificações, gratificações técnicas, ou seja, tínhamos um super, super trabalho. (56:56).

As pessoas começam a trabalhar em consultório privado, isso lhes dá dinheiro, e em uma instituição onde têm saúde, onde têm o resto, e são duas práticas totalmente diferentes... E3 (47:47)

A questão dos valores do pagamento no setor público entra na agenda em 1984, em relação ao pagamento que o Seguro Social faz aos profissionais de Fisioterapia e no ano de 1986 se realiza um primeiro diagnóstico sobre o desenvolvimento da profissão de Fisioterapia no país e a situação trabalhista em nível nacional. Isto entra em pauta novamente em 1990 por causa dos baixos valores pagos pelo nível institucional e a ação corporativa alcançou melhorias nesse aspecto.

Em relação à autonomia no exercício profissional, citada no primeiro e no segundo argumento para a reforma do Decreto 1056 de 1954, na época, antes da mudança da norma, a prática se organizava, principalmente, numa relação de sujeição ao médico especialista:

Na primeira etapa de minha vida me graduei como fisioterapeuta (1968), imediatamente um médico ginecologista... junto com sua filha e outros necessitava de dez fisioterapeutas, para entrar no ramo da gineco-obstetrícia, assim que os meus primeiros 15 anos de serviço profissional eu passei em salas de parto... mas era a minha capacitação com ele, eu ficava de plantão quando ele estava de plantão, e atendíamos 70 pacientes em uma noite de partos” E2 (18:18).

Com a mudança da norma, já na década de 80, os profissionais já com maior autonomia, entravam em relação direta com os demandantes de serviços individuais (pacientes) e as companhias de seguros:

En 1980 mais ou menos, depois de quase dez anos trabalhando com as parturientes dele... meu primeiro convênio, além das parturientes, e tudo foi com a Cafesalud nessa época, esse era o meu primeiro contrato em medicina pré-paga que eu estava atendendo lá” E2 (56:56).

No entanto, a apropriação da autonomia está em relação direta com o reconhecimento e a apropriação do caráter profissional da atividade. Em 1992 a diretoria da Associação identificava que existia um desconhecimento do perfil profissional e do nível de formação, aprovado pela Lei 9 de 1976, e que isso era agravado por uma atitude passiva e complacente dos colegas que aceitavam situações contrárias às normas. Assim, passados 16 anos de sua aprovação, percebem-se poucos avanços em relação à autonomia na prática profissional. O reconhecimento como profissão universitária pretendia transformar profundamente a visão interna e externa do fazer profissional e influir particularmente na formação. No entanto, como veremos a seguir, este foi um processo que demorou muito para ser absorvido; e talvez, hoje, no

contexto da heterogeneidade educacional existente, ele possivelmente não esteja suficientemente apropriado nos programas de formação.

Terceiro, observa-se um crescimento limitado da oferta de formação e o lento processo de construção disciplinar. Do ano de 1963 a 1970, foram abertos quatro novos cursos de formação, todos de caráter público nas cidades de Bucaramanga, Antioquia, Bogotá e Cali, sendo que o de Antioquia fechou com apenas três turmas de graduados, de tal sorte que ao final da década de 60 existiam quatro cursos, sendo três deles públicos.

Na década de 80 foram criados novos cursos nas cidades de Barranquilla e Manizales, ambos de caráter privado; de forma que este período se encerra, em 1992, com um total de 6 cursos, sendo 3 públicos e 3 privados.

Com estas mudanças, o controle sobre a abertura de novos cursos entra na agenda política da Associação no sentido de conseguir um maior controle sobre as políticas acadêmicas relacionadas à profissão (1982 – 1984). A Associação participa do primeiro Conselho Nacional de recursos humanos em saúde (1984 – 1986), enquanto cria também um comitê acadêmico especial, com a participação das Faculdades de Fisioterapia em nível nacional.

A abertura de novos cursos na década de 80 foi encarada como uma ameaça e se buscou limitar ao máximo essa tendência. É possível que esta postura tenha contribuído para o distanciamento entre a ASCOFI e os fisioterapeutas responsáveis pela concepção e criação de novos cursos; é uma ruptura que até agora não foi superada.

Por outro lado, desde o início e até a mudança da norma em 1976, o ensino superior segue aquelas diretrizes da origem, numa lógica de reprodução de programas externos e com total dependência administrativa, de enfoque, curricular e pedagógico da medicina. Os desenvolvimentos internos da profissão se dão a partir da importação da técnica e da tecnologia e do aprofundamento no saber médico, com total ausência de uma produção científica própria da comunidade de fisioterapeutas colombianos, e com clara influência do modelo Flexneriano, já que as práticas se limitam a ações puramente assistenciais, levadas a cabo em hospitais, clínicas e centros de reabilitação física renomados, “concentrados no setor privado” (Sarmiento, 1998).

(1988-1992) A mesma questão dos exercícios terapêuticos, pois era uma coisa muito, mas como não a ensinavam para nós, ainda muito técnica; mas começamos a ver que era necessário introduzir elementos da fundamentação obviamente muito mais

em bioquímica, e então começamos a partir daí, a partir dessas discussões que fizemos, a começar a falar com quem dava bioquímica, quem dava anatomia, fisiologia. E1(74:74)

Por outro lado, a obtenção do nível profissional favoreceu que os fisioterapeutas pudessem ingressar na formação de pós-graduação – visando aumentar a qualidade do atendimento assistencial – que foi reforçada e respaldada pela aprovação do Decreto 80 de 1980, que reorganizou e definiu os princípios do ensino superior, dando ênfase à formação acadêmica orientada para a investigação, a fundamentação científica e a formação sócio humanística (Muñoz, 2015).

O chamado para pensar a saúde e a enfermidade como processo coletivo social, mais do que como um fenômeno individual a partir da perspectiva clínico-etio-patológica, de origem multi causal (Sarmiento et al., 1994) questiona as formas de pensar e de atuar das disciplinas e das profissões, e isso se projetará com mais força no período seguinte. Estes aspectos contribuíram para um estímulo à reflexão em torno do objeto profissional e da formação, durante as décadas de 80 e 90. Destacam-se claramente trabalhos que discutem o que é a Fisioterapia e seu objeto de estudo e nos quais se transita dos esquemas clássicos centrados na reabilitação para perspectivas que identificam a fisiocinética humana e suas alterações com uma categoria disciplinar (Alvarado, 1986, 1990) isso amplia o espectro do quefazer profissional para novos campos de atuação e formação, embora isso não ocorra necessariamente de forma sistemática e ordenada (Leal, 1991).

Todas as políticas em saúde, fazem uma reviravolta completa, nunca tínhamos olhado para elas porque até então elas não nos importavam muito, mas nesse momento começam a nos solicitar e depois a exigir de nós: promoção, prevenção, atenção básica, alta resolução, baixos custos, tudo ao contrário o que nós éramos, e eu particularmente penso que se pode fazer clínica de alta complexidade, sem um aprendizado de quem eu sou, é possível fazê-lo, porque é tão altamente tecnologizado que você consegue colocar uma quantidade de aparelhos e coisas e obter resultados, mas você não pode fazer promoção e prevenção sem saber quem você é, é impossível, então começamos a andar a esmo, isso foi em princípios dos anos 90. E3 (47:47).

Quarto, atuação como sujeito coletivo: a preocupação com os interesses da corporação. Obtido o reconhecimento da formação como universitária, o que outorga o título de licenciado, assim como a ampliação do exercício profissional a partir do diagnóstico e da prescrição por qualquer médico, destaca-se nesse período a

preocupação com a formalização desse reconhecimento; isso vai implicar num trabalho interno e outro externo. No trabalho interno, uma atividade central do período gira em torno do nivelamento de quem havia estudado e obtido o título de técnico antes de 1976; a criação de uma comissão e um estudo para a regulamentação da Lei; a formulação de um Manual de funções, procedimentos e áreas de intervenção para a profissão (1984); a legalização do Consejo Asesor de Fisioterapia (1989); e numerosas atividades de educação continuada. Nestes últimos aspectos, se destaca a preocupação em melhorar as habilidades para o fazer. Os primeiros cursos de atualização e Congressos Nacionais (o primeiro em 1964) foram espaços permanentes que impulsionaram avanços da profissão vindos particularmente de fora do país. São as profissionais fisioterapeutas formadas nos EUA, não necessariamente vinculadas a programas universitários, quem, desde meados da década de 60, assentam as bases de novos campos da atividade profissional – como terapia respiratória; pós-operatório de pacientes com cirurgia de coração; psicoprofilaxia do parto; lesões esportivas e o esporte como instrumento fisioterapêutico, reabilitação de pacientes com lepra – alguns dos quais se transformariam posteriormente em especializações. Mantém-se a tendência da reabilitação como sendo a ação determinante do fisioterapeuta e não se contemplam, pelo menos nas temáticas dos congressos, a promoção e o desempenho em áreas como pesquisa, administração, entre outras.

Na década de 80 novas áreas são abordadas, como lactentes, sexualidade, câncer. Destaca-se o esforço para ampliar os conhecimentos na área preventiva, especialmente em saúde ocupacional em conjunto com a Sociedad de Medicina del Trabajo (1980 – 1982), saúde pública, medicina do trabalho, esporte e atividade física. Particularmente em relação aos novos campos, é frequente o protagonismo dos médicos em atividades de formação permanente. A saúde ocupacional é um tema recorrente, tendo sido agendado novamente como tema central do XIV Congresso Nacional em 1992 com a participação de fisioterapeutas estrangeiros que foram os palestrantes principais. Nesse mesmo congresso surge o tema AIDS. Um componente permanente se refere a temas das áreas cardiopulmonar, neurologia e osteo-reabilitação, com enfoque na apresentação de inovações técnicas e aspectos vinculados à reabilitação e inclusão no trabalho.

Quanto ao trabalho externo, o cenário de confronto são as instituições. Particularmente ali, os fisiatras mantêm o controle dos departamentos de reabilitação e

se defende a ideia de localização do serviço de fisioterapia ou dos fisioterapeutas com parte dessa equipe:

Nas instituições nos definiram como profissionais da reabilitação, isso é o que vinha acontecendo, nós não nascemos como profissões de reabilitação, nascemos de um ortopedista, mas naquele momento já havia muitos fisiatras, mais fisiatras, os fisiatras vêm o que aconteceu lá fora então assumem o comando nas instituições e nós nas instituições nos descaracterizamos totalmente, enquanto identidade profissional. E3 (43:43).
Porque então passaram a reabilitar tudo, reabilitavam uma tendinite, reabilitavam pneumonia, não se fazia fisioterapia, não havia ato fisioterápico, havia reabilitação, e se reduziu a reabilitação a uma sessão de 20 minutos, creio que isso teve uma quantidade de consequências enormes para a profissão, perde-se o prazer do trabalho interdisciplinar real, eu vejo isso claramente nos anos 80, não há trabalho interdisciplinar real porque eu não contribuo como fisioterapeuta, eu reabilito”. E3 (47:47)

Em algumas poucas instituições se destaca a criação do departamento de Fisioterapia Respiratória, como no caso da Clínica Shaio (1989), como um serviço organizado e gerenciado por fisioterapeutas.

Por outro lado, se abre uma agenda de diálogo permanente com instâncias como o Serviço Civil, Ministério da Saúde, do Trabalho, da Educação, Instituto de Seguro Social – ICSS –, ICFES, entre outras, para o reconhecimento da prática profissional e sua salvaguarda, como já foi dito. Mantem-se uma permanente atividade em defesa do trabalho profissional contra pessoas que trabalham sem nenhuma formação, ou em relação à delegação de funções para auxiliares, ou a preocupação em frear a formulação e desenvolvimento de cursos de formação de auxiliares em Fisioterapia (1985), assim como a disputa no campo dos serviços da área cardiopulmonar, contra a Enfermagem. A projeção social da Associação se concentra quase que exclusivamente no tema da deficiência. Mais especificamente na década de 70, a Associação promove a formação da Fundación Colombiana PRODEPORTES em Silla de Ruedas (Fundação Colombiana Pro-Esportes em Cadeira de Rodas), organismo interinstitucional com participação de entidades da sociedade civil, universidades e instituições estatais e que promove atividades de divulgação junto à sociedade sobre a importância da reabilitação do deficiente na sociedade, promovendo atividades de divulgação pública (1978) e junto a instâncias departamentais de governo responsáveis pelo tema e instâncias da sociedade

civil sobre temas relacionados à integração no trabalho (1992), desempenhando o papel de protagonista na formação de centros dedicados à integração sócio laboral.³⁵

Em outra frente, a Associação pensava e promovia o papel do fisioterapeuta em relação às mudanças na normatização da atividade. Também, promoveu reuniões de Fisioterapia e Saúde Pública em 1990, e concebeu e desenvolveu um projeto estratégico de divulgação da profissão no contexto da descentralização e do desenvolvimento municipal da área da saúde, assim como em relação ao tema da APS. Além disso, participou na elaboração do projeto de lei sobre Fomento da investigação científica e o desenvolvimento tecnológico.

Estes dados nos permitem identificar uma visão da atividade associativa que era projetada para a sociedade, em estreita ligação com seu trabalho. No entanto, chamam a atenção as poucas referências ao papel desempenhado nas discussões que antecederam à reforma da Lei 100 de 1993. Este processo é, sem qualquer dúvida, um marco, que instaura pela via legal uma nova lógica no sistema, caracterizada por um aprofundamento do modelo neoliberal, que converta a saúde em mercadoria, e que transforma toda a organização da prestação de serviços assistenciais, como veremos na descrição do período seguinte. Neste sentido, é válido afirmar que a agenda associativa no decorrer da década de 80 e primeiro anos da década de 90 pouco incorpora as demandas da sociedade:

Essa premência da prática privada... há uma desarticulação total da realidade... total, nos tornamos cada vez mais especializados, mais caros, mais elite em todos os sentidos, as pessoas que podem chegar até nós são uma porcentagem mínima, não há nenhuma vinculação com a realidade nacional e do mundo. E3 (47:47).

Em síntese, este período pode ser considerado de avanços quando se considera a conquista do reconhecimento legal em matéria de autonomia e controle do processo de trabalho, reconhecimento profissional e salarial, fortalecimento organizacional associativa e a articulação com a academia. No entanto, este último aspecto aparece como algo frágil, o que trará crises na etapa seguinte.

³⁵ Centro Integral de Rehabilitación de Colombia - CIREC- Fundación para la Rehabilitación Integral “Julio H. Calonge –IDEAL-

2.2.4. Enfraquecimento do trabalho de organização da corporação pelo distanciamento entre trabalho associativo e educação profissional (1993 – 2004)

Este período apresenta um contexto profundamente adverso, representado tanto pelo impacto da Lei 50 de 1990 que flexibilizou as relações trabalhistas assim como pela Lei 100 de 1993 que alterou a organização das práticas assistenciais, com claro efeito no desenvolvimento e na prática profissional, ao limitar a prática liberal através da figura de intermediação das seguradoras na oferta dos serviços de saúde e nos contratos de trabalho dos profissionais, com a consequente restrição da autonomia profissional; como, também, pela Lei 30 de 1992 que estimula a abertura de cursos de educação superior, o que no caso da Fisioterapia significou uma explosão da oferta, que entra de forma assíncrona e não se conecta com os processos em curso de desenvolvimento da profissão.

O período é paradoxal porque nele se destaca a aprovação de uma nova Lei profissional para a fisioterapia, que claramente vai na contramão da tendência instituída no sistema, e o desenvolvimento de uma rica discussão nacional em torno da definição do objeto disciplinar, em contraposição a um enfraquecimento do trabalho corporativo, particularmente no relacionado com a articulação academia –ASCOFI, o que em última instância será decisivo na capacidade de incidência dos profissionais na organização da prática profissional. Cinco aspectos podem ser destacados nesse período:

Primeiro, aprovação da Lei 528 de 1999 que reconhece a natureza de profissão liberal e a expansão da amplitude do campo profissional. A década de 90 é paradigmática para o desenvolvimento profissional. Num contexto profundamente adverso de implementação da Lei 100 de 1993, a ASCOFI consegue, com o apoio de um grupo pequeno mas importante de docentes vinculados a universidades públicas e privadas, conceber, debater e aprovar o projeto de Lei 528 de 1999 que regula atualmente a profissão.

A Lei 100 de 1993, que modifica a organização dos serviços assistenciais no país, impacta de maneira direta na prática liberal das profissões, ao instalar uma lógica de afiliação universal, operada por uma figura intermediadora que regula a relação profissional-paciente; mecanismos de regulação das práticas profissionais particularmente em exames, encaminhamentos e medicamentos; mecanismos de regulação das relações de trabalho, com impactos na estabilidade, na formação e nos salários dos profissionais.

A Associação pauta, em 1996, o início do processo de reforma da Lei 9 de 1976 que seria concluída três anos depois. Sem nenhuma dúvida, a acumulação organizacional representada por uma importante articulação ASCOFI-academia, os avanços na reflexão disciplinar e a busca de desenvolvimentos próprios em avaliação, diagnóstico e intervenção sustentaram essa iniciativa.

Os pontos centrais da nova Lei são: 1. Atualização da definição da profissão, passando a apresentá-la como uma atividade focada na aplicação de meios físicos como profissão liberal, cujo objeto de estudo é o movimento corporal humano, superando a restrição às atividades focadas na doença, na lesão e na deformidade; 2. Revisão das responsabilidades e das competências do Fisioterapeuta com o reconhecimento da avaliação, do diagnóstico e do tratamento fisioterápico, sua incorporação à história clínica do paciente e seu reconhecimento por todas as instituições; assim como a pertinência de seu papel na docência formal e informal, nas pesquisas, gerenciamento de serviços, direção acadêmica, assessoria e peritagem; 3. Salvaguarda da remuneração dos profissionais estabelecendo a não aceitação de pagamento de porcentagens a outros profissionais; 4. Salvaguarda da função de coordenação dos serviços de Fisioterapia e dos programas de formação; 5. Atualização das áreas de atuação incluindo seguridade social, saúde, trabalho, educação e outros setores da vida nacional; 6. Validação de seu código de ética; 7. Legitimação da livre escolha do profissional pelos pacientes de acordo com as possibilidades das entidades.

Como resultado dessa Lei inicia-se um trabalho permanente de defesa do campo de trabalho do profissional e se avança na ideia de profissão autônoma, em nível nacional, através da construção teórica em torno do movimento corporal humano e no aprofundamento das bases científicas que lhe dão sustentação. Tudo isso amplia de forma significativa o âmbito da atuação profissional.

Em novembro de 2002 é instalado o Consejo Profesional Nacional de Fisioterapia, como parte da implementação da própria Lei, tendo como suas funções o fomento, a promoção, o controle e a fiscalização da prática profissional e a organização, cadastramento e registro único, assim como a expedição de um cartão profissional.

Segundo, explosão de cursos de formação com forte impacto no processo de organização da corporação. Se no tema anterior o saldo pode ser avaliado como positivo, considerando a aprovação da Lei 528 de 1999 e o papel de protagonista desempenhado em termos de organização no setor, a situação em relação ao controle

sobre a abertura de novos cursos e as lógicas dos processos de formação não é favorável. Isto porque para além da intenção de controle, a lógica das forças do mercado levou a uma explosão na oferta de cursos, apoiada em um novo marco legal (Lei 30 de 1992), sem que ASCOFI conseguisse ter algum grau de ingerência a respeito.

A grande quantidade e a baixa qualidade na oferta de cursos foram dois dos aspectos emergentes na agenda política da Associação. Assim, durante a década de 90, aos seis cursos existentes, somou-se um total de 20 novos cursos. De 2000 a 2004 foram abertos mais três. Os cursos públicos são cinco, e os restantes privados são 24. Instala-se uma lógica de formação privada, similar àquela observada nos primeiros anos da carreira, uma particularidade muito específica do país em relação aos demais países da região, onde a formação pública tem destaque praticamente em todos os países, com exceção da Argentina. A Associação tentou manter alguma ingerência sobre o assunto. Inicialmente, estimula em 1994 a criação da Associação Colombiana de Faculdades de Fisioterapia – ASCOFAFI – a qual inicia legalmente suas atividades em 1998, e realiza gestões acerca de vários temas junto ao Instituto Colombiano de Fomento de Educación Superior – ICFES – como sobre a definição de requisitos mínimos para abrir cursos de Fisioterapia e Terapia Respiratória e o projeto de um decreto que regulamenta os convênios de ensino-assistência, entre outros.

Em 1997 a Associação, articulada com o ICFES, ASCOFAFI, algumas universidades e as associações profissionais correspondentes, estimula a realização do projeto de Modernização curricular dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, a partir do qual se chegou ao documento de Requisitos para a criação e funcionamento de cursos de graduação em Fisioterapia. Este processo de coordenação foi muito enriquecedor e pedra angular das conquistas desse período:

E nisso nós nos aproximamos muito da Universidade Autônoma em muitas coisas, nas discussões conceituais, filosóficas, eles também tinham um forte componente de pesquisa, então desde aí então começamos a organizar, isto da discussão do objeto de estudo, fizemos as primeiras abordagens para uma proposta curricular consensuada através de um trabalho do ICFES, ou seja, a partir daí fizemos um trabalho muito interessante. El (92:92).

Com este documento a Associação assume como uma tarefa a fiscalização da qualidade da formação do profissional de Fisioterapia buscando que sofressem

intervenção os cursos que não cumprissem os requisitos exigidos para a formação profissional. Além disso, incentiva a atualização dos currículos fazendo com que os cursos existentes nesse momento gerassem uma renovação do perfil profissional, com ênfase na formação de novos profissionais com formação investigativa, sócio humanística, criando os fundamentos necessários para uma prática profissional autônoma, responsável e ética. Neste contexto se desenvolveu no ano 1999 o projeto de Caracterização das atividades profissionais dos Fisioterapeutas na Colômbia. Cumprindo o disposto no Decreto 907 de 2001 (Congreso de la República, 2001) em 2003, convoca uma Oficina Nacional para a formulação das competências na área da Fisioterapia na qual chegou a um acordo sobre uma estrutura geral das áreas e competências que, posteriormente, serviriam de referência para a concepção do Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior – ECAES.

No entanto, considerando os resultados do estudo de padronização e globalização curricular da Fisioterapia, no que concerne à situação da Colômbia, os resultados dessas iniciativas no ano de 2004 mostram a falta de apropriação e gestão por parte dos docentes, dos acordos que haviam sido realizados nesses espaços. Isto, sem dúvida, explica a riqueza e ao mesmo tempo a diversidade das constatações do estudo da ASCOFI: no ano de 2000, dos 24 programas em funcionamento (92%), 100% incluem formação na área físico-natural; 92% na área disciplinar e profissional; e 88% na área social-humanística. Além disso, destacam-se como principais características: 1. A grande heterogeneidade em termos de duração (entre 8 e 10 semestres); e uma fragilidade evidente dos componentes metodológico e de investigação; 2. A vigência da tendência tradicional para uma formação tecnológica clínica com uma projeção incipiente para outras áreas e campos; 3. A concentração de atividades em ambientes institucionais sem alcançar uma articulação com o contexto regional e nacional, o que limita, e de algum modo explica, sua pouca visibilidade e impacto social; 4. A oferta de programas de especialização centrados em cardiopulmonar, ortopedia, terapia manual, neurorreabilitação e um número significativo em processos de administração e gestão; 5. Um perfil de professores misto, entre fisioterapeutas e profissionais de outras disciplinas, mantendo uma presença importante de médicos, os quais apresentam níveis mais altos de formação com mestrados e doutorados, o que pode explicar o fraco desenvolvimento teórico disciplinar evidenciado nos resultados da pesquisa.

A partir disso é possível afirmar que embora o estabelecimento da associação das faculdades seja uma conquista, seu impacto até esta data é mínimo. Uma das razões é que a forma de participação é institucional o que, com frequência, gera problemas de gestão e confrontos dos interesses institucionais com os da corporação profissional, assim, muitas coisas são decididas, mas poucas se materializam. Além disso, a formação da Associação de Faculdades, embora sem pretender isso, desmobilizou a dinâmica do trabalho coordenado, uma vez que disseminou entre os profissionais associados e os professores a ideia de que o tema da educação superior era responsabilidade da Associação de Faculdades e não um exercício articulado com a ASCOFI em sua condição de associação profissional. Sem dúvida, a outra razão tem relação com a grande quantidade de cursos surgidos em curto espaço de tempo, o que enfraqueceu a ainda frágil identidade associativa.

Assim, a grande fragilidade nesta etapa esteve na frágil articulação da academia com o desenvolvimento associativo, na ausência de uma real apropriação do objeto disciplinar e dos desenvolvimentos da práxis profissional em seu vínculo com a formação. Esta afirmação não nega que nesta conjuntura é possível identificar dinâmicas de trabalho de grupos de docentes muito enriquecedoras, mas cujo impacto no conjunto das unidades acadêmicas não foi adequado:

Impressionante, uma academia totalmente desligada do processo de organização da corporação, desligada da realidade nacional, repetindo o mesmo programa com variações muito pequenas, a academia para mim, os professores foram um problema imenso da profissão e não sei se eles foram trabalhados, se se trabalha os alunos, e os professores repetem o modelo, então o professor fala de autonomia e é um professor que em sua prática privada ou particular é absolutamente não autônomo, é um professor que em seu discurso fala de desenvolvimentos disciplinares impressionantes, e diagnóstico fisioterapêutico, e em sua prática recebe o paciente e começa a movimentá-lo, ou seja, é um professor incoerente e isso desfigura aos estudantes completamente, se a mim me perguntassem “qual a prioridade de trabalho? Os professores. E3 (83:83).

Ao final do período, à ingovernabilidade dos cursos e à separação entre a ASCOFI e o grupo acadêmico soma-se o impacto não considerado do processo de graduação de novos profissionais sem nenhuma referência associativa. A explosão de cursos, sem vinculação com a tradição organizativa e a identidade profissional, gera uma drástica alteração no perfil dos novos formados e um evidente distanciamento

destes em relação às formas associativas. Em 1996 o número anual de graduados era de 329. No ano 2000 o número de egressos passou a 1116.

Esta dificuldade deve ser claramente compreendida como o efeito da ausência de uma identidade corporativa amparada em um processo associativo capaz de articular o conjunto de profissionais e garantir condições de alcançar algum grau de controle no contexto das relações produtivas instituídas, onde o setor privado tem um grande peso.

Terceiro, fortalecimento da construção do objeto disciplinar como um exercício distante da prática. Uma das principais riquezas desse período foi o amplo e rico debate criado em torno do objeto disciplinar mesmo que ele se dilua no contexto da explosão de cursos. Prieto (2010) aponta que desde os anos 90, observa-se claramente na literatura nacional e internacional uma ênfase orientada à ampliação da compreensão da fisioterapia, restrita a uma perspectiva eminentemente biológica, funcional e curativa, para uma visão sociocultural e focada no desenvolvimento. Neste processo identifica duas vertentes, uma de desenvolvimentos parcelares que, ao contrário do desejado, acentuam a compreensão funcionalista do movimento e, portanto do papel da fisioterapia no cuidado dessa capacidade e na atenção aos desvios e outra que incorpora aspectos sociais que projetam a atuação fisioterapêutica para além da alteração funcional e biológica do movimento corporal (Prieto, 2010). A definição do movimento corporal humano como objeto disciplinar da Fisioterapia é o ponto de confluência deste processo, o qual aparece de maneira explícita no texto da Lei que regula a profissão (Lei 528 de 1999).

Os especialistas coincidem em identificar um rico processo de trabalho nas universidades, porém ele foi encontrado em um reduzido número de instituições e de pessoas. Assim, neste como no período passado, esses desenvolvimentos não conseguem dar resposta oportuna às múltiplas exigências de construção de identidade disciplinar, ao que se somam novas exigências colocadas pela Lei 100 de 1993, em temas como promoção e prevenção, níveis de atenção. Na voz de um dos especialistas consultados a crise que se avizinha se explica pela distância entre o que se ensina e a realidade ou o que se ensina e o que se faz:

Com a desarticulação total das políticas públicas, total é total, nós ensinávamos osso, nervos e músculo e pare de contar, e uma saúde pública fictícia, mas não havia nada que nos articulasse ao meio, então saíamos totalmente desarticulados a fazer loucuras,

creio que a crise que a fisioterapia viveu nessa época foi uma crise na academia. E3 (91:91).

Quarto, atuação pela defesa dos direitos relacionados à prática profissional e à proteção ao trabalho. Durante este período apresentam-se constantemente violações da ética e da Lei 9 de 1976 e à subsequente Lei 528 de 1999 que a revoga e torna-se o padrão regulatório atual da prática profissional, razão pela qual este é um tema recorrente. Neste sentido, nos inícios deste período surge uma forte disputa com a pretensão de aprovar leis e decretos orientados a limitar a competência da profissão de fisioterapia no campo cardiopulmonar e estipular que os terapeutas respiratórios teriam exclusividade nesta área conseguindo durante o mesmo defender a pertinência e a legitimidade do trabalho do Fisioterapeuta neste campo. Além disso, se destaca a disputa com os educadores físicos na coordenação dos serviços de fisioterapia vinculados a atividade física e o aproveitamento do tempo livre, no ano de 2001.

Junto ao Ministério são feitas gestões para o reconhecimento da visão do profissional em relação aos requisitos essenciais que devem ser exigidos dos serviços de Fisioterapia, tanto em instituições como em consultórios privados, assim como o Manual Único de procedimentos em saúde (Ministério de Salud y Protección social, 1998).

Em relação à remuneração pelo atendimento domiciliar, este permanece em sua época de ouro até o início deste período:

Eu sempre tive meu atendimento domiciliar, eu me vinculo a um médico ortopedista, aí pelo ano de 95, um médico da Fundación Santafé, que me mandava, era um ortopedista que me mandava todos os seus pacientes então estes pacientes são de alto poder aquisitivo, então eu comecei a atender gente de muito alto nível, e digamos que isso me permitiu manter uma tarifa padrão, muito boa. E1 (100:100).

Mas logo ela decai de maneira dramática:

Pelo menos para mim, os atendimentos em domicílio diminuíram substancialmente, e claro, porque as pessoas me diziam... é que pagar a você, por exemplo, naquela época \$50.000 pesos, quando me fazem através da EPS a \$ 12.000... E1 (161:161).

Em relação a salários e tarifas, ASCOFI em 1993 apresenta um estudo de custos da atenção em Fisioterapia para o Seguro Social. Em 1994 participa-se, no Ministério,

da Comissão de padronização salarial, o manual de tarifas do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito – SOAT – e se mantém a participação nas reuniões convocadas pela direção de recursos humanos do Ministério, encarregada de definir políticas nacionais sobre o tema. Em 1998 se busca o reconhecimento da atividade como profissional e não como procedimento de especialidade médica no manual de tarifas do Seguro Social, conseguindo tanto uma melhoria salarial como o devido reconhecimento como profissional independente. Um fato importante de assinalar é que, com a aprovação da Lei 528 de 1999, observa-se um comportamento diferenciado em termos do reconhecimento econômico. Assim, o pagamento por serviços particulares passa por seus tempos dourados, enquanto os salários daqueles que são contratados em instituições ou por outros profissionais se transforma no foco das reivindicações.

Além disso, a agenda de trabalho da Associação concentra todo seu esforço no debate em torno do impacto da Lei 100 sobre a prática profissional. Neste sentido, é necessário assinalar que, diferentemente da etapa anterior, a Associação participa do debate amplo do sistema de saúde, da defesa do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para todos e todas.

Nacionalmente, a Associação desempenha um papel muito importante na formação da Confederação de Organizações de Profissionais de Saúde – COPSA. Nesta instância uma representação da Associação ocupa o cargo de vice-presidente. Durante o período 2001 – 2003 se trabalha articuladamente com outras associações da área de saúde contra os projetos de Lei 240 do Senado e 125 da Câmara, que pretendiam regular a prática dos profissionais de saúde não médicos ignorando os avanços das leis que já regulavam a prática profissional, assim como no debate em torno da Lei 017 de 2003, que pretendia regular a prática, treinamento e empregabilidade dos recursos humanos para a atenção à saúde e que foi considerado um instrumento para desprofissionalizar e baratear o custo do recurso humano em saúde em benefício das Empresas Promotoras de Saúde – EPS, que cumprem um papel de seguradoras e funcionam como intermediadoras na prestação de serviços. Também participou ativamente da formação da Associação Nacional de Profissionais da Saúde para a reforma da Lei 100 de 1993 – ASOREFORMA – espaço de coordenação das profissões da saúde com o objetivo de estudar mecanismo de modificação dessa lei, por considera-la muito prejudicial à prática profissional.

Quinto, maior presença no plano internacional. No plano internacional, durante esse período, realiza-se em Bogotá a reunião regional da WCPT e em 1994 se forma a seção da região da América do Sul, momento no qual a associação assumiu um protagonismo neste espaço, chegando a assumir a presidência regional através de um de seus membros (1998 – 2000) e, posteriormente, sua representação na Mundial.

No início da década de 2000, os membros das associações participaram ativamente nos espaços regionais internacionais, alcançando um importante reconhecimento e a liderança no desenvolvimento do projeto regional “Nivelación y globalización curricular de Fisioterapia y Kinesiología en América Latina” (2004) organizado a partir do Centro Latinoamericano de Fisioterapia y Kinesiología –CLAFK–, que tinha como objetivo criar um currículo mínimo, construir uma linguagem comum e consolidar a rede regional de trabalho, para a divulgação da profissão na região. Este processo se dá no contexto da tendência mundial para a abertura de fronteiras, a economia do mercado globalizado e a livre circulação entre países. Esse processo não se completa, no entanto, se obtém o resultado da primeira fase na forma de um diagnóstico regional, mas não se alcança o resultado da segunda fase centrado na organização e definição dos requisitos regionais para a formação em face da globalização.

Para além desse aspecto, chama a atenção uma possível divergência política nas agendas nacionais e internacionais uma vez que, enquanto no nível nacional se procurava o controle e o governo, a partir da profissão, da explosão na oferta dos cursos, no plano internacional se abraçava acriticamente a agenda da globalização e a abertura como parte do desenvolvimento da abertura do mercado educacional, que para muitos pesquisadores vai na contramão dos interesses profissionais.

Deste período, portanto vale a pena afirmar que durante ele se avança num marco legal mais favorável para a prática profissional, que dá maiores garantias de autonomia e controle da prática profissional, que se projeta a associação em nível internacional, mas se observa uma fratura entre ASCOFI e a academia, que se aprofunda pela explosão de cursos de formação e a dificuldade de acompanhar esses processos e articulá-los com os desenvolvimentos da organização da corporação. Por sua vez, a ASCOFI não possui capacidade suficiente para absorver rapidamente o grande incremento no número de formados, com o que a Associação se distancia de sua base e perde rapidamente legitimidade. Alguns programas acadêmicos se articulam e conseguem avanços na reflexão disciplinar, que se projeta internacionalmente, no

entanto o grau de difusão, apropriação e aplicação do que é proposto mostra um cenário sem muitas mudanças nos programas educacionais, razão pela qual o processo de profissionalização é percebido como frágil e a heterogeneidade apontada como característica da educação profissional.

2.2.5. Crise de identidade laboral, educacional e de organização corporativa (2005 - 2013).

Toda a informação existente permite afirmar que na atualidade a prática profissional atravessa um período de profunda crise. Cinco aspectos destacam-se neste período.

Primeiro, retrocessos na autonomia laboral e profissional. Na conjuntura atual as formas de trabalho sofreram uma espécie de retração em termos das oportunidades para os profissionais prestarem serviços para as seguradoras, assim como para sua condição de provedores independentes. Assim, enquanto no período passado, foi possível manter os contratos com seguradoras, se esquivando e se apropriando da complexidade do administrativo, neste período organizações de fisioterapeutas com experiência significativa tiveram que, em alguns casos fechar ou variar a oferta, colocando a consulta particular como fonte mais segura de estabilidade financeira enquanto nos últimos anos se observa que as seguradoras têm montado serviços próprios para a provisão de serviços de fisioterapia, o que significa uma diminuição do mercado de trabalho para provedores “independentes”, observando-se uma restrição a esta modalidade de trabalho:

A gente luta e luta para (conseguir) os convênios, porque não é fácil... havia conseguido um e não mandam e não mandam... é difícil...difícilíssimo conseguir os contratos. Eu tinha todos, é que eu tinha contato com todas as ARL, com todas, mas cada uma tinha seu centro montando já. O que mudou foi que eles contratam com eles mesmos... assim cada um tem sua sede e cada um tem o seu centro, o que é muito difícil. A única que não tinha centro próprio era Colpatria. Até que o montou e então não utilizou mais os serviços e nos tirou, essa é uma experiência duríssima... Eu pedi uma lista de serviços que me deviam...neste momento estão me devendo faturas de 2011, de 2012, de 2013 e de 2014... terrível... e o tempo todo me glosando a conta pelo mesmo motivo... uma folha minha com a relação de pacientes... e que eles sempre perdiam, e então me devolvem a conta... ...O caso é que sempre por dois anos se perdeu a folha da relação... quem sabe que mãos criminosas, em

que fase do processo desapareceu?, e eu tinha que demonstrar... veja que sim se entregou o caso... e disse chega disso!, e falei com o administrativo e aqui estou eu com essa dívida sem receber, disse eu não posso mais continuar lhes atendendo!!!. E2 (99:99).

Um dos aspectos que determina a pouca viabilidade de se manter como provedor independente com contratos com as seguradoras está relacionado com o valor pago pelos serviços. As tarifas são baixas e se naturalizou a ideia da viabilidade financeira através do volume, o que limita a participação dos profissionais independentes, que dependem das relações para materializar contratos:

Cada instituição faz o seu estudo de custos, dependendo de todos os rolos que tenha, e para mim o último me saiu por \$15.800, e a triste realidade é que nenhuma empresa, nenhuma sequer me paga isso, até mesmo a SOAT me paga \$15.100, ou seja, é dramático, ... mas permaneci sete anos com Alfa e não modificaram a tarifa, sete anos com a mesma!!, e finalmente se compadeceram. Colmena neste momento, me pagava \$9.200 a sessão de terapia, é a que pior paga. Disse-lhes...não mais, depois eu estava como prestadora eventual, e me mandavam os piores casos de coluna e tudo. E2 (163:163)

Além disso, a tabela de preços não reconhece atividades importantes como é o caso da avaliação e do diagnóstico terapêutico. No entanto, alguns profissionais referem resistência a eliminá-lo e por esta razão faturam-nos de outras formas.

Esta lógica de mercado de serviços leva à seleção do que será oferecido, o que se traduz no fechamento de serviços nas instituições e na abertura de novos, agora a partir de critérios de equilíbrio e rentabilidade econômica. Assim, por exemplo, a consulta externa para Acidente Vascular Cerebral (AVC) é fechada e se abre a consulta para piso pélvico, que é mais rentável. Por outro lado o mercado estimula algumas atividades em detrimento de outras, com o que o fisioterapeuta atualmente procura desenvolver especializações ou mestrados para realizar atividades administrativas uma vez que as assistenciais têm menor reconhecimento.

Segundo, má qualidade dos serviços pressionados pelo volume. O profissional imerso no atual sistema é pressionado a trabalhar por volume. Esta lógica tem profundas implicações em relação ao paciente, à qualidade do serviço e impacta o seu próprio bem estar. Assim, instalou-se a lógica de atendimento em grupo, redução da sessão para 20 minutos, um relacionamento que consiste em dar instruções que o paciente aplica a si

mesmo em um cubículo, e um excesso de atividades administrativas de relato da história clínica:

O contato direto com o paciente foi perdido. O que eu vejo aqui no computador de pacientes...o sistema lhes abre as três histórias... você os cumprimenta...eles entram ... dá as mesmas recomendações...falam com o paciente, passam ao outro... o profissional senta-se...evolui o paciente...depois outro paciente... esse contato que você tinha...agora não está... a sistematização... porque se você não evoluciona na hora começam já os outros três pacientes... então começa a colocar histórias no sistema. E4 (4:75)

Assim, na década de 2000 a lógica da fiscalização de qualidade nos serviços de saúde se instala como um mecanismo de duas faces: por um lado ela é um obstáculo para a oferta de serviços “independentes”, mas, ao mesmo tempo, é uma possibilidade de melhorar tanto os serviços como as condições de trabalho:

Eu penso que antes deste lado de garantias de segurança... pois todo mundo fazia... acreditava que fazia muito bem... fazíamos muito bem mas algumas coisas estavam desorganizadas eu penso que isso é organizar para que tudo funcione muito melhor, montar esses processos. E4 (82:82)

Isso é uma beleza no papel, é tudo uma maravilha e isto é realmente uma melhoria, mas e daí?... leve-os à prática... é muito desgastante, o que nos custa ter que implementar isso, fazer os acompanhamentos e tudo isso é complicado, então me dizia um fisiatra “nós aqui de orelha em pé com isto tudo... Vá ver lá os sobanderos, é um contraste, e ninguém lhes diz alguma coisa...para o índio amazônico? para nós somos os únicos que... (sinal de estar sendo forçado a fazer algo) E2 (249:249)

Sem dúvida, para alguns especialistas o aumento das normas de fiscalização tem contribuído para a dependência e perda de autonomia profissional.

Eu fico numa posição confortável foi isso que me disseram, sempre num nível de subordinação, ao administrativo e a esses assuntos de fiscalização, creio que sempre temos um grau de subordinação de obediência, O que diz a norma? E1 (125:125).

Em contraste, a ideia de má qualidade dos serviços está presente entre usuários e profissionais a tal ponto que os primeiros, conforme sua capacidade de pagamento, procuram a solução de suas necessidades na consulta privada independente, e os profissionais administram entre si serviços de boa qualidade tentando driblar as dificuldades do baixo custo. Numa perspectiva mais alentadora ao aumento das

consultas particulares em consultório e domicílio, soma-se o crescimento da demanda das empresas que, ante os graves problemas de qualidade, continuidade e integralidade que resultam no baixo impacto dos resultados, estão dispostas a contratar pacotes de atendimento particular para os trabalhadores e garantir a produtividade e a contenção dos custos resultantes da incapacitação por doenças profissionais:

(As ARL) Nos estão propondo que façamos as avaliações na empresa. Lhes disse bom está feito!, não é problema fazer a avaliação mas onde vamos fazer o atendimento? Lhes disse bem se vocês estão solicitando fazer avaliação lá, me deixem um espaço e fazemos os atendimentos lá, tenho todo meu consultório em um depósito... não me custa nada tirar de lá, ir organizar um espaço para fazer os atendimentos na sua empresa, e lhes pareceu algo de outro mundo, ou seja, minha prática agora vai ser extramuros. E2 (271:271)

Terceiro, perda de poder aquisitivo e precarização das condições de trabalho. Neste período à flexibilização da Lei 50 de 1990, soma-se o impacto da Lei 789 de 2002 (Congreso de la República, 2002), que limitou as condições de trabalho de centos de trabalhadores formais, negando os adicionais por horas extras, trabalho dominical, jornada laboral flexível e as indenizações por demissões ilegais. Adicionalmente, o rendimento diminuiu, observando-se pequenas variações quando se mantém um trabalho independente, seja na prática particular em consultório ou domiciliar, tendência que parece crescente em função da precariedade das demais formas de contratação; ou como independente ligado à rede prestadora de serviços. O trabalho independente como contratado por prestação de serviços a IPS pública (com baixos salários e muitas vezes com contrato indefinido) ou privada (cujas condições são descritas como precárias, pela baixa remuneração e pela exigência de volume de pacientes) são a característica comum deste período:

Eu fiz todas as modalidades, contratei-as por prestação de serviço, contratei-as como empregadas em tempo integral e todas gostavam mais da prestação de serviços..., lhes dava flexibilidade... embora tivessem que pagar sua seguridade social e tudo, pois a hora não era mal paga... porque elas aqui perfeitamente em uma manhã trabalhavam e faturavam um milhão e duzentos, um milhão e quinhentos por meio expediente, quando as pessoas estavam ganhando um milhão e quinhentos pela jornada de tempo integral de domingo a domingo, então elas gostavam disso. E2 (91:93).

Nesse contexto se torna frequente a reclamação por deslealdade profissional:

Pois a gente sabe de colegas, um caso em Medellin, que selecionam alguém vamos dizer por um milhão e meio de pesos e a que não é selecionada vai e lhes diz na segunda-feira “olha, me contrate por um milhão e duzentos mil pesos”, eu não passei, mas eu trabalho por um milhão e duzentos mil; ou seja, qual é a valoração que temos de nós mesmos?”. E1 (291:291)

No entanto, deve notar-se que em algumas instituições a pressão dos processos de alta qualidade no local de trabalho, tais como a certificação e/ou de recertificação das instituições, significou uma melhoria das condições de trabalho:

O problema basicamente... é que as pessoas não permanecem em condições de trabalho instáveis, então nós tínhamos uma rotatividade de pessoal muito alta, frente a alguns serviços que se ofereciam, de alta qualidade, com processos de acreditação, com processos de docência com as universidades que as quais há convênio, com uma exigência altíssima do ponto de vista da formação profissional, da experiência profissional, então dissemos “temos que otimizar as relações profissionais com essas pessoas porque senão elas vão nos deixando, então as pessoas chegavam e recebiam esse o nosso bom treinamento por que a escola é muito boa, a casuística dos pacientes, a variabilidade dos fatores sociais faz com que seja muito marcante, então as pessoas absorviam tudo isso, se treinavam e tchau” E5 (48:52).

Quarto, estagnação nos processos de construção disciplinar e deterioro das condições de trabalho dos professores. Durante este período passou de 26 cursos em no ano de 2004 para 35 cursos no ano de 2012; dos quais somente sete possuem acreditação vigente até agosto de 2014³⁶. Neste sentido, é possível pensar numa diminuição no surgimento de novos cursos em comparação com o período passado, quando num lapso de 10 anos foram abertos 20 cursos. Em todo caso, esse acúmulo de novos cursos põe em destaque aspectos relacionados com a qualidade da educação, tema recorrente na agenda da ASCOFAFI. Durante esse período esta Associação convocou encontros nacionais de docentes em torno da discussão de competências, currículo e qualidade educacional, aspectos sobre os quais as organizações associativas –ASCOFI, ASCOFAFI- não conseguiram abrir um debate próprio que encaminhasse para a construção de propostas alternativas à linha oficial, imposta em geral pelas

³⁶ Universidad Nacional de Colombia, Universidad Manuela Beltrán, Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de Boyacá, Universidad del Cauca, Universidad Industrial de Santander, Universidad del Valle (CNA, 2014).

instâncias governamentais, e com relação às quais os profissionais explicitaram profundas dúvidas. Um aspecto marcante desse cenário diz respeito à divisão que criou entre cursos acreditados – o que se interpretava como de maior qualidade – e cursos sem acreditação, o que contribuiu para o distanciamento e a criação de relações de desconfiança entre os professores universitários, e destes com a ASCOFAFI.

No plano da pesquisa percebe-se um incremento nos últimos 10 anos que não se apresenta como significativo (Ramírez et al., 2010; Vernaza; Álvarez, 2011) o que pode ser explicado tanto pelo tipo de formação vigente de perfil técnico, como pela incipiente formação transversal em pesquisa oferecida pela graduação e pela pequena oferta para a formação em nível de pós-graduação.

Finalmente, no que se refere à educação torna-se cada vez mais evidente a generalização de condições precárias para o trabalho docente, marcado por formas contratuais limitadas, restritas no tempo (4 – 5 meses) e com pouca estabilidade, o que não permite compromisso com o projeto acadêmico institucional, nem com um processo contínuo de construção disciplinar.

Quinto, no processo organizativo da corporação, enfraquecimento das formas associativas. O governo nacional desenvolve uma estratégia de organização do “talento humano” em saúde, fruto do estudo realizado no ano 2000 que, entre outras coisas, propõe interferir na organização do recurso humano, ignorando a função de associações e sindicatos e em seu lugar estimulando a criação de colégios profissionais, através da Lei 1164 de 2007 (Congreso de la República, 2007), aos quais seriam atribuídas as funções públicas, dentre as quais estão: cadastrar os profissionais de cada disciplina no registro único nacional do talento humano em saúde, expedir um cartão profissional como identificação única dos profissionais, expedir as licenças temporárias para o pessoal estrangeiro de saúde que ingressem no país em missões científicas ou assistenciais de caráter humanitário. Os colégios terão como função criar políticas e planos voltados para o melhoramento da competência, pertinência, qualidade, quantidade, conteúdos e intensidade dos projetos de educação na área da saúde, além de promoverem padrões éticos, apoiando os tribunais de ética e de pesquisa de cada disciplina.

A criação do colégio abre um amplo debate e gera uma ruptura na já enfraquecida dinâmica associativa na época, em torno da manutenção da associação profissional, colocando na agenda de debates sua transformação ou sua extinção ante a

obrigatoriedade de formar os colégios por um lado, e o enfraquecimento das organizações e sua crescente perda de legitimidade.

Até o momento ainda falta clareza neste debate. A favor do colégio está sua natureza pública e democrática. Contra ele, se considera que a natureza do colégio como uma instância que emana do Estado e por ele reconhecida e regulamentada, enfraquece a autonomia da organização corporativa e fragiliza as possibilidades de exercer a defesa dos direitos dos profissionais. Finalmente, o Colegio Colombiano de Fisioterapia (COLFI) foi constituído em 30 de abril de 2011, com a manutenção da Associação ASCOFI. Este processo significou um enfraquecimento da Associação que persiste até os dias de hoje, uma vez que os profissionais percebem dois órgãos diferentes que competem pela sua afiliação, o que se soma ao débil processo de formação da identidade profissional e da vida associativa. Posteriormente, o governo nacional abre a chamada para a entrega das funções públicas, para o que, em 8 de novembro, a Associação Colombiana de Fisioterapia -ASCOFI e o Colégio Colombiano de Fisioterapeutas -COLFI assinam um acordo de parceria que tem como objeto: “prover o suporte técnico, tecnológico e operacional para o cumprimento das funções públicas delegadas ao COLFI para garantir a integridade, segurança, uso devido, atualização e suporte contínuo da informação, exigidos pela na chamada, Resolução 2784 de 12 de setembro de 2012 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b). A Resolução 0000899 de 2013, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) estabelece a idoneidade para que sejam delegadas as funções públicas ao Colégio Colombiano de Fisioterapeutas, sem que até o momento isto tenha se materializado.

Em outubro de 2014 realiza-se o Congresso Nacional de Fisioterapia como atividade convocada de forma articulada pela ASCOFI, ACOFAFI, COLFI e a Associação Nacional de Estudantes de Fisioterapia –ACEFIT. Busca-se assim recuperar a unidade organizativa e projetar agenda articulada sobre os temas de prática e formação profissional, face à consciência da grave situação vivida pelos profissionais.

Em síntese, este último período se caracterizou pela perda no controle do processo de trabalho e nas condições de trabalho, através do assalariamento com contratos e salários precarizados, a diminuição das possibilidades de trabalho independente a partir do papel desempenhado pela figura da intermediação; a diminuição do salário e do valor das tarifas; maior controle via dispositivos que dificultam a já frágil autonomia, como são o manual tarifário e os processos de

acreditação e qualidade; estagnação no processo de construção disciplinar com avanços pobres na pesquisa e uma ruptura dos processos organizativos corporativos representada pela distanciamento entre as Associações e o Colegio e os profissionais, sendo muito preocupante o afastamento dos professores.

De maneira geral apresentou-se o desenvolvimento da prática e da formação em Fisioterapia na Colômbia, de uma perspectiva que pretende identificar as características assumidas pela organização da prática profissional no contexto do capitalismo, razão pela qual se procurou dar ênfase para uma leitura histórica das lógicas e contradições da divisão e organização do trabalho, descrevendo formas, modos, papel dos atores na institucionalização e na construção do valor social e econômico da prática profissional; da hierarquia centrada nos mecanismos de controle da própria prática, com ênfase nos temas de autonomia profissional; e a fragmentação e desqualificação delimitando elementos que permitam caracterizar o processo de construção disciplinar e o desenvolvimento e a formação profissional.

Assim, a análise deve ser entendido num contexto muito dinâmico e complexo onde, segundo o que foi apresentado, hoje encontramos no país uma acumulação histórica frágil no processo de construção de um corpo específico de conhecimento, que na referência de Pierantoni e Machado, é básico para a autonomia na tomada de decisões e a atuação, e a inexistência de um mercado de trabalho exclusivo e uma clientela “cativa” (Pierantoni; Machado, 1994). Coerente com isto, observa-se igualmente um processo de associação frágil e irregular em seu desenvolvimento e, em consequência, uma ausência quase total no próprio controle da profissão e da construção de valores e representações coletivas da prática profissional.

Entretanto, é necessário compreender que esta realidade se vincula a lógicas de ordenamento que o capitalismo impõe, como grande ordenador social, aos contextos organizacionais e que ameaçam a autonomia e as aspirações e ideais do serviço. Nesta perspectiva é necessário compreender e ordenar tais lógicas. Em primeiro lugar, se avaliza uma organização e uma divisão de trabalho, que teve um conjunto de transformações que podem ser caracterizadas em todo caso por lógicas de dominação, inicialmente centradas em uma dominação de gênero e profissional, onde particularmente a institucionalidade médica vivia um momento de maior reconhecimento que na atualidade. Hoje a organização do trabalho destaca como figura de dominação os intermediários, como resultado das reformas dos sistemas de saúde,

figura estreitamente ligada a uma perspectiva de perfil administrativo e econômico que nem sempre tem vinculação profissional com a saúde. A presença do intermediário, como um dispositivo que materializa a natureza de mercadoria transacionável da saúde geradora de rentabilidade, domina os espaços da organização, tanto em nível macro, com influência na definição de políticas públicas e marcos regulatórios que sejam favoráveis a seu interesse de lucro e acumulação, como em nível intermediário especificamente na lógica de ordenação das relações de trabalho e dos acordos sociais e grupais em relação ao reconhecimento econômico e social da prática profissional, e na definição micro de processos, fluxos e atividades nos espaços concretos de trabalho. A esta “concentração na tomada de decisões” distante dos próprios profissionais corresponde um esforço permanente pelo enfraquecimento da autonomia profissional em todas as dimensões.

Neste contexto e num plano micro, ganham destaque as relações interprofissionais e o conteúdo mesmo da atividade profissional (Rodriguez; Guillén, 1992), destacando ao longo do relato a relação Fisioterapia / Medicina, na qual a segunda, desde suas origens até hoje exerce um papel de dominação, no ato e na dinâmica profissional propriamente dita, mesmo quando no contexto geral de organização do setor esta profissão vive sua própria crise. Neste sentido, hoje, as profissões da saúde apresentam um enfraquecimento dos aspectos que as definem como tais: perda gradual e irreversível da autonomia profissional, deterioração das condições de trabalho, particularmente nas formas de contratação e no pagamento pelos serviços profissionais, desqualificação como resultado da pressão da educação contínua e o crescimento da oferta de programas técnicos e tecnológicos que buscam limitar o campo profissional a expensas da figura de técnicos e auxiliares, como reflexo de novas divisões do processo de trabalho.

O que foi dito não nega que no caso da Fisioterapia ocorreram mudanças importantes tanto no saber específico como na prática profissional, o que a juízo de alguns autores consolidam-na rapidamente como área específica de conhecimento, em contraste com outras disciplinas como enfermagem e farmácia (Pierantoni; Machado, 1994). Este aspecto deve ser contextualizado no âmbito nacional. Assim, um elemento que tem peso muito importante no enfraquecimento da dinâmica profissional foram as mudanças ocorridas nos processos de educação profissional; em função da ampliação da oferta de cursos, ampliou-se a possibilidade de ingresso dos setores populares. De outro

lado, o processo de privatização, que deu origem à explosão de cursos com baixa qualidade, contribuiu para o aumento da oferta profissional. Estes dois aspectos favoreceram um padrão de maior oferta de profissionais com baixo poder de negociação das condições de trabalho, aspectos favoráveis para o desenvolvimento da lógica da rentabilidade no setor.

A densidade e complexidade desta leitura contrastam com o pouco acúmulo de estudo e reflexão em torno da historicidade do desenvolvimento profissional, sendo comum que as abordagens existentes se realizem numa lógica da história como sequência de fatos livres de interesses de grupos e relações sociais conflitivas, exclusivamente marcadas por uma lógica ligada à necessidade social e à vocação de serviço, ignorando que por trás delas existe uma estrutura social de perfil econômico, político e cultural que perpetua uma determinada forma de organização da vida em sociedade. Assim, discute-se pouco a concepção de saúde e doença no contexto da produção de serviços, limitando com isso as reflexões que estejam voltadas a elucidar o que e como as dinâmicas da organização social definem as condições da prática profissional e a partir disso fornecer aos profissionais ferramentas de incidência política para interferir no curso de sua própria história.

PARTE II

MARCO TEÓRICO E METODOLOGÍA

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO

Para esta investigação o marco teórico tem como função estabelecer relações entre variáveis ou construtos que descrevem e explicam o fenômeno. Assim, a literatura colabora para melhorar o entendimento dos dados recolhidos e analisados. (Hernández et al., 2010)

Juan Cesar García (1972) afirma que três teorias disputam a orientação da educação médica: a de relações humanas, apoiada no idealismo; a do funcionalismo, apoiada no positivismo; e do estruturalismo. Mais recentemente, a esta caracterização somam-se os aportes das chamadas teorias crítico-reprodutivas e as interpretativas. A seguir faz-se um breve resumo de cada uma delas e se define o posicionamento deste trabalho sustentado pelas bases das teorias crítico-reprodutivistas, aprofundando seu fundamento filosófico e delineando os temas que nortearão esta reflexão.

Assim, se faz uma aproximação às proposições de Marx e Gramsci que servirão de base para a realização deste estudo. Estes autores têm uma identidade em relação à concepção do papel reprodutivista da educação. Neste sentido se justifica um exercício que busque a análise de um processo educativo específico a partir da organização do trabalho que lhe corresponde.

Com esta intenção são identificadas algumas categorias que procuram expressar a citada relação. Para a análise da organização do trabalho toma-se de Marx a ideia de que o objetivo último da organização do trabalho é a mais-valia, para a qual se faz necessário “alienar” o sujeito, e o processo se organiza com base em três leis centrais: a organização e divisão do trabalho, a fragmentação–desqualificação e a hierarquia.

Para a análise do processo educativo toma-se de Gramsci a ideia de que o sentido último da educação é a aceitação e a reprodução da hegemonia, para o que se naturaliza, se justifica e se valida a lógica de divisão em grupos e as desigualdades (dominação), a distância entre intelectuais e povo e o predomínio de relações de competição e individualismo.

Além disso, ambos os autores incluem em suas propostas de análise uma dimensão de transformação: para Marx a transformação no trabalho está ligada à emancipação do trabalhador a partir de uma práxis transformadora que modifique o modo de organização social e, portanto, a lógica da organização do trabalho focada na mais-valia, na acumulação e na dominação. Gramsci vincula a educação com ação

contra hegemônica (com possibilidade transformadora) quando ela alimenta a crítica às relações de dominação; realiza uma apropriação crítica da cultura dominante (o que se materializa em seus conteúdos); forma dentro da unidade entre fazer/pensar e reflexão/práxis; recria o princípio educativo a partir da práxis na relação escola/trabalho (que não é só espacial, mas, também, que implica a análise mesma da complexidade do trabalho no processo educativo); se sustenta em relações intelectual/discente democráticas; que parta, por um lado, do compromisso do intelectual que faz parte do processo (professores) identificado com o grupo subalterno e, por outro, que reconheça o discente em uma relação dialógica, reconhecendo nele suas características de sujeito histórico transformador. Outros autores enriquecem e ampliam esses elementos.

3.1. A educação na teoria das relações humanas

Esta perspectiva se concentra nas relações entre os indivíduos no processo de ensino. Entendida assim, a educação aparece como independente da estrutura e do conteúdo do trabalho, a escola aparece como um cenário “neutro”, onde foco de atenção são o tipo e a forma de relação entre os participantes, a comunicação e os métodos do processo de ensino. Um expoente de reconhecida trajetória nesta linha é Dewey (1916).

Na Colômbia essa visão adquiriu a forma do Modelo da Escola Ativa promovido entre 1934 e 1946. A Escola Ativa foi um modelo difundido na Europa e na América do Norte e que propagou a importância da educação popular para o desenvolvimento das nações e a formação de cidadãos a serviço do interesse social e de uma ética do trabalho (Herrera, 2014). A escola é organizada para a democracia, através do papel ativo do estudante ou educando; o coletivo é circunscrito ao local e têm destaque os componentes da experiência e o desenvolvimento de um método a partir da problematização pelo sujeito, segundo seu interesse, identificação de hipóteses, e a solução prática dos problemas, trazendo-os para situações próximas como forma de reunir os elementos necessários para sua solução. Nessa ordem, a criança é concebida como um estado a amadurecer num processo de evolução contínua que exige plasticidade e herança cultural para que se chegue à maturação adequada. A criança vai se transformando em direção a zonas proximais ou adjacentes, num processo no qual o ambiente joga um papel crucial a ponto de poder equiparar-se à pedagogia ambiente.

O papel do professor já não é criar mecanismos para a adequada transmissão de ideias e conceitos que ele possui e que é necessário que a criança adquira e retenha em

sua mente; o professor é o criador de ambientes para que o processo de aprendizagem se dê com participação ativa e central da criança: “a criança experimenta e o professor observa” (Saenz et al., 1997).

Este modelo busca um sujeito com valores e hábitos de autonomia, confiança, responsabilidade e com livre exercício da razão, formando-se em um ambiente democrático. Este modelo é considerado utópico por pensar a escola como “um território neutro, quando, na verdade, ela é permeada por todas as contradições sociais e políticas de seu contexto”, fazendo com que o aluno se adapte à sociedade, que como tal não é questionada em momento algum (Arruda, 2006).

3.2. O funcionalismo: A Educação como meio para o progresso

Carnoy (1986), em relação à educação ressalta que a abordagem funcionalista assume a articulação educação-trabalho. No entanto, essa relação é estabelecida de maneira natural, acrítica, estática, onde o papel da educação é prover mão de obra qualificada para o mundo do trabalho; assim, a educação é um meio para o funcionamento do modelo de produção (Talcott, Inkeles, Dreeben). Mais ainda, a educação pode ser um dispositivo para o alcance das promessas da modernidade em termos de liberdade, igualdade e fraternidade, ou ainda uma alternativa para superar os problemas sociais derivados do modelo de organização capitalista e da lógica do mercado; lógicas inquestionáveis e imutáveis dentro desta perspectiva.

O fundamento teórico baseia-se na interpretação da sociedade como um sistema naturalmente estratificado e aberto ao mérito dos indivíduos, no qual a educação cumpre um papel de seleção e certificação que permite melhorar seu status social e econômico. Assim, há uma conexão entre a estrutura social capitalista e a educação, na qual a última é o meio para preparar os sujeitos para a vida de trabalho, garantindo a perpetuação da lógica de organização das relações sociais produtivas e a partir delas de todas as demais formas de relação social.

Nesta perspectiva, é possível identificar várias experiências e modelos educativos na Colômbia. Um primeiro, o da Escola Alegre (entre 1870 e 1876) no qual a educação é um instrumento para a inclusão de grandes massas no sistema capitalista; assume-se a educação como transmissão de conhecimento e o educando tem o papel de receptáculo de informações. Como na economia, a Escola Alegre se caracteriza pelos tempos e pelos ritmos, e seu escopo permite caracterizá-la como uma tentativa de

organizar o mundo da vida, numa perspectiva positivista. Tem uma ênfase psicologista que a subjetividade da criança no processo (Saenz et al., 1997).

A segunda experiência é a de Tecnologia Educativa (promovida a partir de 1968) que surge no contexto de uma importante crise que questionava a instituição educativa em sua rigidez de escola prisional, e se instala com objetivo de aumentar o controle e moldar o comportamento. Reforça a aprendizagem numa lógica de estímulos e respostas que vão moldando o comportamento. O saber se organiza do central para o periférico, do geral para o específico, da conduta observável como parâmetro inicial para as condutas que serão submetidas. Esta forma de organização requer centros estabelecidos pelas diretrizes, pelo que necessitasse de uma educação centralizada, tomada de decisões centralizada e currículos unificados.

Elementos desses três modelos se encontram presentes hoje em dia na educação da Colômbia, tanto básica como superior. No entanto, essa forma de entender e organizar a educação não consegue explicar seus fracassos em termos de baixos avanços em desenvolvimento, igualdade e prosperidade, tal como anuncia sua premissa fundamental. Tendências como a sobrequalificação para um mercado de trabalho que não absorve nem em quantidade e nem em qualidade essa oferta; crescimento das desigualdades entre as condições trabalhistas e sociais dos grupos; mudanças limitadas quanto à estratificação social, onde a educação universitária particularmente consegue alguma mobilidade social, sempre de caráter horizontal entre grupos da mesma classe; todos esses são aspectos que vêm pressionando o debate sobre a educação e abrindo caminho para um processo de reformas educacionais de grande envergadura em grande parte dos países do ocidente (Enguita, 1986).

No entanto, as reformas na educação tentam responder ao objetivo central de fazer ajustes no mau funcionamento da escola, sem colocar em debate o nó da questão que está relacionado à estrutura social de produção e de propriedade, um enfoque que aparece, numa visão crítica, como determinante da educação.

3.3. A Educação a partir de teorias crítico-reprodutivistas

Esta perspectiva assume como base teórica as proposições do materialismo dialético e do materialismo histórico, tendo Marx como seu principal expoente, reforçada pelas contribuições da teoria crítica que se origina na chamada Escola de Frankfurt, e fortalecida pelas ideias de Horkheimer, Adorno, Marcuse e Habermas, nas

quais se assume o compromisso com a transformação social a partir de ideais humanistas e emancipatórios, destacando a racionalidade comunicativa como opção para superar a teoria tradicional que leva à hegemonia da ação instrumental e finalmente para a positivização da sociedade e do mundo da vida. Alicerça-se nas ciências da discussão cujo método é a dialética e que aponta como elementos fundamentais o conhecimento e o interesse que se desenvolvem a partir de três tipos de ações fundamentais: o trabalho, a linguagem e a interação social. A partir desta perspectiva, o movimento de transformação do social não pode ser determinado pelo pensamento que separa sujeito e objeto, tais como as formalizações e os procedimentos empírico-estatísticos.

A teoria crítica atribui à educação um caráter alienante ou libertador. Coloca-a como uma experiência vivida à qual o sujeito dá um sentido. A partir desta perspectiva de análise sobre a educação, ela parte para localizá-la num tempo histórico da realidade social, onde ela cumpre um determinado papel rumo à alienação ou à liberdade. Em última análise, se concentra na avaliação da consciência e da realidade social e na formação de um sujeito livre ou alienado.

Nesse sentido, é possível caracterizar os processos educativos como mecanismos que dão sustentação ao *status quo*, a partir do qual o educando assume um papel de receptáculo de informação; ou ainda, a educação como reguladora do movimento e do conflito social; ou como mediadora da luta de classes; ou seja, a educação se comporta como um mecanismo básico na formação de indivíduos úteis para uma determinada lógica de organização da sociedade, na qual eles cumprem certos papéis predeterminados. De forma alternativa é possível dar novos sentidos à educação: educar para a incerteza, para gozar a vida, para dar novos significados à própria educação, para a expressão, para conviver, para apropriar-se da história e da cultura (Prieto; Gutiérrez, 1994).

Nesta perspectiva a educação deve ser examinada através da análise sócio econômica da sociedade que a mantém, e a partir disso, ambicionar sua transformação: “os comunistas não inventaram a intromissão da sociedade na educação; apenas procuram modificar seu caráter arrancando a educação da influência da classe dominante” (Marx; Engels, 2012b, p. 22).

Assim, esta visão sugere que a educação serve como mecanismo de reprodução do modo de produção vigente, o qual estabelece uma estrutura social de classes que gera

desigualdade, em permanente movimento e contradição pelo caráter social da produção de riquezas e o caráter privado de sua apropriação, com o que não apenas aceita esta lógica como também, através do processo educativo, a reproduz, garantindo sua perpetuação.

Nestes termos a educação reproduz um sistema social baseado em uma relação desigual e de exploração entre os que possuem os meios de produção e os que possuem a força de trabalho (proprietários-trabalhadores), que se orienta para a produção de bens e mercadorias com geração de mais-valia, da qual o trabalhador não usufrui. Para a obtenção da mais-valia o processo de trabalho no capitalismo se organiza a partir da divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, que não é outra coisa senão a divisão entre a criação e a execução como forma de monopólio do conhecimento e do poder de projetar sistemas de produção; a hierarquia na qual é o capital que impõe as regras e transforma a disciplina num elemento essencial no processo de trabalho; e a fragmentação-desqualificação, como mecanismo que garante que a força de trabalho seja barata e facilmente substituível (Brighton Labour Process Group, 1991).

No caso do setor saúde, as políticas e a organização dos sistemas de saúde, aprofundaram a divisão do trabalho na forma de trabalho de direção e trabalho operacional; formas de disciplinamento que tiram ou enfraquecem a autonomia dos profissionais e novas formas de fragmentação do conhecimento e desqualificação constante dos profissionais, o que garante condições para uma maior rentabilidade na produção dos serviços e no controle dos profissionais, tanto no momento da produção como no momento do consumo.

Paradoxalmente a educação profissional em saúde não problematiza esta situação. A explicação pode estar na ideia de Gramsci (2011), em relação ao fato de que a educação serve como mecanismo de reprodução da hegemonia, entendida segundo Mayo, interpretando Gramsci³⁷, como “uma condição social na qual todos os aspectos da realidade social são dominados ou apoiam uma única classe” (Mayo, 2004, p. 37). Neste sentido, Coutinho (2011) destaca como uma ideia central na obra de Gramsci, o papel dos intelectuais na construção de uma relação hegemônica.

Na mesma linha, Gramsci citado por Buttingieg (Buttigieg, 2003, p. 45), afirma que para o pensamento gramsciano “o que possibilita às classes dominantes tomar o

³⁷ Buttigieg afirma que é impossível identificar uma definição específica (Buttigieg, 20013, p.39)

poder e mantê-lo não é apenas a força bruta, mas também, e talvez fundamentalmente, a dominação cultural – isto é, sua capacidade de difundir por toda a sociedade suas filosofias, valores, gostos etc.” Este mesmo autor destaca o pensamento de Gramsci (1971) em relação ao fato de que a hegemonia é uma relação educacional que vai além da instrução escolar e das relações escolares, razão pela qual a projeção do pensamento gramsciano para o nosso tempo permite compreender esses aspectos relativos às disparidades educacionais entre as classes privilegiadas e os setores desfavorecidos da população, o impacto da especialização em educação e a distância entre ciência e vida, entre intelectuais e povo.

Nos textos de Gramsci é possível identificar uma crítica aos estabelecimentos educacionais por considerar que eles não são neutros já que servem para consolidar a hegemonia existente, reproduzindo uma lógica de classe social com base em dispositivos de seleção que favorecem os grupos sociais mais poderosos, especialmente a burguesia (Mayo, 2014, p. 38).

Gramsci (1978) citado por Gadotti (1987), não critica os métodos da educação oligárquica, critica mais seus fins como formadora de grupos dirigentes oligárquicos, e destaca o papel estratégico da escola, dos educadores e intelectuais nas sociedades em transição, papel determinante na construção da consciência de classe do trabalhador, no qual o intelectual é um “intelectual orgânico da classe trabalhadora”, ligado à classe trabalhadora, que nasce da transformação do velho modo de pensar e de conhecer, desdobrando o seu ser em um ser político, transformando sua ação numa articulação vivenciada totalmente na ação histórica que ele realiza enquanto intelectual e militante. Neste nível, a escola, como aparelho ideológico da burguesia, não apenas elabora as ideias para a adesão dos oprimidos, mas também identifica, seleciona, e coopta elementos das classes populares para conseguir sua adesão ao sistema burguês de valores (Gadotti, 1987, p. 62 - 65)

Em relação aos intelectuais, Gramsci (1982) refere à articulação necessária entre saber, compreender e sentir; esta última como uma conexão com o povo-nação, de forma a garantir que esses intelectuais sejam orgânicos ao grupo dos dominados e não ao grupo dos dominadores, o qual, além de criar seus próprios intelectuais tenta conquistar ideologicamente os intelectuais tradicionais. Ele também destaca a necessidade para os intelectuais da reflexão crítica e sua inserção ativa na vida prática como construtores-organizadores. Em relação à organização do sistema escolar ele

critica a divisão fundamental entre escola clássica, destinada às classes dominantes e a organização de escolas técnicas (profissional, mas não manual) próximas das escolas clássicas, contrapondo a isso o ideal de uma única escola humanista, onde o desenvolvimento do princípio educativo baseado no vínculo entre a escola e a vida seria fundamental, assim como a participação ativa do discente; uma educação voltada à formação de pessoas capazes de pensar, estudar, dirigir ou controlar quem dirige.

Gramsci (2011) nos dá pistas sobre a educação que podem orientar a construção da consciência livre e por sua vez alimentar uma práxis educativa distinta. Propõe, assim, uma educação centrada no valor do trabalho e na tarefa de superar as dicotomias entre fazer e pensar, entre cultura erudita e cultura popular, uma educação que promova a crítica e a criatividade, o aprendizado coletivo, a liberdade de ação consciente e responsável em relação ao coletivo. A visão de Gramsci em relação à educação não se reduz a um processo de recepção passiva de informação numa dimensão individual, mas também relaciona a educação com o poder transformador das ideias e a capacidade de produzir a transformação social radical a partir de uma nova visão do mundo (Buttigieg, 2003). Isto é coerente com a proposição de Marx (1977) citado por Gadotti (1987), que concebe o homem como uma coisa inacabada enquanto não consiga superar o antagonismo de classe que se apoia na alienação e nas relações de produção baseadas na propriedade privada; esse processo que se dá a partir de uma práxis revolucionária, na qual educador e educando se educam juntos na práxis revolucionária, por meio do mundo que transformam.

Muitos outros trabalhos podem ser classificados nesta linha que procura localizar o papel da escola dentro do contexto do sistema de produção capitalista como um mecanismo de reprodução, cada um dos quais destacando diferentes aspectos.

Para Baudelot e Establet (1976), citado por (Arruda, 2006), a escola reproduz a divisão social do trabalho e de classes entre a burguesia e o proletariado, ao diferenciar a escola primária profissional da secundária superior. Esses elementos são pertinentes no atual debate sobre o papel reservado à educação técnica, tecnológica e profissional.

O trabalho de Bowles e Ginti (1976) citado por Carnoy (1986) destaca a educação como palco de socialização das relações de produção capitalistas: a escola prepara os jovens para as relações sociais de produção, condicionando o jovem para as relações sociais do local de trabalho desunindo os estudantes entre si; ao propiciar a concorrência individual; adotando uma estrutura hierárquica na qual devem renunciar ao

controle de suas atividades em favor de um sistema de produção educacional e de certos professores cuja autoridade emana de sua posição; mantendo um sistema no qual os alunos aprendem a trabalhar para obter certas qualificações e não para sua própria satisfação; e ensinando-os a aceitar “o estado de coisas” em suas relações sociais com os outros. Para estes autores existe um currículo oculto, por meio do qual os alunos aprendem disciplina, hierarquia e aceitação passiva do *status quo*.

Para Althusser (2001) a escola reproduz a ideologia dominante, enquanto aparato do Estado: a escola não é só treinamento de habilidades, mas também a reprodução de sua sujeição à ideologia dominante.

Autores como Adorno, Marcuse e Horkheimer, no âmbito da Teoria Crítica estudaram as relações entre cultura, formas de dominação e sociedade. Aqui a escola funciona como um mecanismo de adaptação e não de emancipação, transformando a cultura em mercadoria, como algo ligado à subjetividade e fora das condições reais de existência, o que neutraliza seu potencial de crítica. (Batista, 2014).

Bourdieu e Passeron (2007), citados por Batista (2014), argumentam que a escola “reproduz as desigualdades sociais por meio de metodologias e conteúdos ensinados que privilegiam de maneira implícita uma determinada forma de cultura que interessa às classes dominantes”. O trabalho de Bourdieu (2007) apresenta uma teoria sobre reprodução cultural que articula capital econômico (propriedade ou não dos meios de produção), capital social (relacionamentos e redes de poder), capital cultural (certas habilidades na família ou escola representadas por certificados, diplomas ou credenciais) e capital simbólico (prestígio, status). Todos esses capitais se articulam para alcançar maior poder em relação a outras pessoas, no que Bourdieu denominou como campus transformado em arenas onde ocorrem disputas de poder baseadas no capital. Finalmente, o autor propõe o conceito de Habitus como as disposições aprendidas em relação às condições sociais em que se vive. Todos estes aspectos estão relacionados com a educação, já que o capital cultural é adquirido em grande medida na qualificação educacional, que se traduz em capital econômico no mercado de trabalho. É aqui que a definição de não neutralidade da escola ganha peso. O sistema escolar exerce uma violência simbólica, entendida como um desprezo pela cultura popular, muitas vezes em contradição com a identidade e as referências pessoais, que mantem a hierarquia das classes sociais. Por trás de um discurso de igualdade escondem diferenças instituídas socialmente, marcadas pela herança cultural, social, simbólica e

econômica, vinculadas à categoria social, que se reproduzem socialmente. Os processos de seleção e avaliação são um dispositivo fundamental nessa lógica.

Na mesma linha, para Apple (2002), Bernstein está interessado em demonstrar como a educação reproduz as desigualdades de classe social, ao abordar as habilidades linguísticas de meninos e meninas de classes sociais diferentes, e identificar a existência de códigos linguísticos diferenciados. A ignorância deste aspecto no modelo de educação homogeneizante, que promove a generalização e a abstração, contribui para o fracasso do estudante das classes trabalhadoras. Sendo a escola um dispositivo para a ascensão social, o fracasso perpetua a permanência na classe dominada. Apple faz uma releitura das contribuições de Bernstein e destaca que elas contribuem para compreender as relações de poder originadas na classe social, na etnia e no gênero, todas elas num claro reconhecimento da lógica estrutural de organização do capitalismo, o que, no final, é uma indagação sobre qual é a relação entre cultura, poder e economia na educação, com uma projeção mais próxima da realidade da escola, do currículo e do ensino.

Neste sentido, McLaren chama a atenção sobre a ideia de que o poder de classe está vinculado à definição de linguagens e símbolos, enquanto o capital institui formas de relação que lhe são próprias na lógica que lhe dá sustentação; em consequência este tipo de análise deve manter uma clara vinculação com a categoria classe social e as relações sociais que dela se manifestam. (McLaren, 2002). Nas palavras de Marx e Engels: “A produção de ideias, de representações de consciência está em princípio imediatamente entrelaçada com a atividade material e com a troca material dos homens, com a linguagem da vida.” (Marx, Engels, 2012a, p. 40).

Foucault (1987), citado por Batista (2014), apresenta a escola como espaço de “adestramento”, baseado no reconhecimento de uma “sociedade disciplinar”, configurada para ele desde a revolução francesa e a revolução industrial, na qual se disciplinam os saberes, os corpos, os tempos, as atividades, os espaços, se tenta criar corpos dóceis, exercitados e submissos. Esta lógica se projeta nos conteúdos serializados e níveis ascendentes de formação. Três aspectos relativos a isso se sobressaem no ambiente escolar: a vigilância, punição-recompensa normalizadora e os exames. Tudo isso contribui para produzir realidade: “temos que deixar de descrever sempre os efeitos de poder com termos negativos: ele “exclui”, “reprime”, “recalca”, “censura”, “abstrai”, “mascara”, “esconde”. Na verdade o poder produz; ele produz a

realidade; produz campos de objetivos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam dessa produção” (Focault, 1987, p. 161).

Deleuze sugere que assistimos a um momento histórico de crise da sociedade disciplinar e de instalação de uma lógica de controle que coloca novos cenários para a educação onde, por exemplo, se apagam as separações entre a casa, o trabalho e a escola; a vida pessoal e a vida profissional; onde a revolução tecnológica da informação joga um papel central. Tudo precisa “agregar valor” como um preceito que invade o mais íntimo da vida. Dentre os mecanismos de controle estão o *marketing*, o crédito e a formação permanente que nunca termina, o que garante melhores condições para ser selecionado em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo. Este tipo de formação é uma formação que responde às exigências do mercado e à velocidade das mudanças sociotécnicas. (Batista, 2014).

De forma transcendente e questionadora, os estudos de gênero e educação têm demonstrado que a educação reproduz lógicas de dominação de gênero ao colocar as meninas sistematicamente em posição de desvantagem ao promover a validação da divisão social do trabalho no que se refere às responsabilidades femininas em trabalhos de assistência (Deem, 1980); tratamento diferenciado por parte dos professores que limita a confiança das meninas em sua capacidade o que se manifesta em suas conquistas acadêmicas (Stanworth, 1983); linguagem sexista e pejorativa (Willis, 1977); invisibilidade da contribuição das mulheres no currículo em função do que a educação das meninas carece de modelos positivos (Spencer, 1982); direcionamento para certas áreas do conhecimento como saúde e artes, distanciando-as de outras áreas de conhecimento mais “masculinas” (Sharpe, 1994). Vale a pena mencionar que mesmo quando alguns destes assuntos são abordados e têm algumas manifestações de mudança, a verdade é que permanecem no ambiente escolar, tanto quanto no trabalho, condições de dominação de homens sobre mulheres, que se fazem mais evidentes segundo o grupo social ou a classe social (Giddens, 2012).

Numa perspectiva complementar, o estudo de MacLeod (1995), nos Estados Unidos, reafirma esta relação, ao estudar a postura e as aspirações em relação à educação de jovens brancos e negros de um mesmo conjunto habitacional, encontrando inicialmente uma maior disponibilidade dos jovens negros frente a suas expectativas educativas para uma melhor condição de vida no futuro, em contraposição com os jovens brancos que demonstravam uma atitude de pouca confiança na educação e nas

possibilidades de futuro. Esta primeira fase do estudo levou à conclusão de que embora as circunstâncias materiais sejam importantes, a avaliação subjetiva das pessoas, sobre as possibilidades de alcançar sucesso através da educação, tem um lugar de destaque. Oito anos depois o pesquisador retornou ao grupo para avaliar o desenlace dos processos educacionais e a situação no mercado de trabalho, constatando que não havia grandes diferenças entre os grupos e que, para ambos, os resultados educacionais e sua situação no mercado de trabalho não eram bons. Isto levou à conclusão que as diferenças materiais são obstáculos estruturais muito significativos que servem para reproduzir as desigualdades sociais ao longo de gerações, apesar das esperanças e aspirações dos indivíduos frente à educação.

A respeito desses dois últimos agrupamentos e numa linha de construção contra hegemônica, McLaren sugere que as relações sociais de opressão são dissolvidas na diferença em vez de sublinhas as relações de trabalho ou lutas entre os trabalhadores e a classe capitalista, como um marco de análise da totalidade social maior. Além disso McLaren resgata e acredita que o esforço deve ser feito em relação a como a educação pode desempenhar um papel fundamental em novas formas de trabalho não alienado (contradição capital-trabalho) a partir do dismantelamento das relações sociais capitalistas e do próprio capital a partir de uma “pedagogia revolucionária”. (McLaren, 2002).

Neste ponto vale a pena conectar com as contribuições de Paulo Freire (1976) em torno ao tema pedagógico a parte de aspectos tais como o reconhecimento da natureza política da educação, a confirmação do sujeito como sujeito histórico transformador, o questionamento da educação bancária como expressão de antidemocracia e de ideias hegemônicas de dominação, contra as quais desenvolve uma proposta centrada nas relações horizontais entre mestre e aluno, as interações grupais e a pedagogia da pergunta, o vínculo indissolúvel entre teoria-prática, consciência-ação no contexto de uma educação voltada para os movimentos sociais como expressão dos oprimidos.

Apple contextualiza o cenário atual da educação como um dispositivo de reprodução assinalando que, em relação à situação das políticas educativas nos EUA, emerge um “novo bloco hegemônico” em torno da orientação das políticas educacionais com quatro tendências não ausentes de conflitos, lideradas pelos neoliberais, modernizadores econômicos que querem maior articulação entre educação e trabalho

pago, em uma lógica de maior competitividade, com financiamento das famílias para a educação privada; os neoconservadores promovendo a “restauração cultural” sobre a ideia de um maior controle central e o Darwinismo social em educação; os populistas autoritários que advogam a favor das relações tradicionais de autoridade; e um grupo de especialistas centrados em uma linha técnico-administrativa. Também reconhece que mais recentemente foram “incluídas” na educação questões como o multiculturalismo, mas que, embora tenham sido resultado das pressões de movimentos sociais, elas ficaram, na maior parte dos casos, presas a uma lógica que não rompe o poder dos grupos dominantes. Assim, para Apple o momento atual impõe um fortalecimento da hegemonia, que se expressa numa tendência articulada na qual, num contexto de democracia e cidadania vinculada ao consumo e à individualização das identidades, se constrói a ideia da educação como mercadoria, as escolas como cenários de uma clientela cativa e os estudantes como uma massa de consumidores; um momento de grande complexidade para os processos contra hegemônicos que tentam junto aos grupos sociais superar o fracionamento em específicas, formando coligações apesar das diferenças, articulando lutas econômicas, políticas, culturais e educacionais (Apple, 2002).

Todas estas colocações, que podem ser caracterizadas como componentes da teoria crítico-reprodutivista, são observáveis na educação superior. Vale destacar o fato de que a expansão da educação superior foi acompanhada por um aumento significativo de mulheres estudantes ainda que a seleção das carreiras mantenha padrões tradicionais, ao mesmo tempo em que a presença de mulheres como docentes no ensino superior continua sendo baixa e com menor remuneração na comparação com os homens. Este é um aspecto de muito peso no caso dos profissionais da saúde.

Para finalizar esta seção vale a pena explicitar que essas abordagens são muito relevantes para a educação em saúde. Neste sentido, por exemplo, a formação profissional dos médicos incorpora claramente as características da educação escolar centrada na aceitação da dominação e da subordinação, a partir da ‘fragmentação da qualificação e do saber; a separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, mediante a valorização do segundo e a desvalorização do primeiro, e estabelecendo uma hierarquia de qualificações do trabalho a partir de sua maior ou menor tendência para o lado do trabalho intelectual’ (Schraiber, 1989, p. 41).

Os agentes do trabalho médico imprimem um determinado desenvolvimento do saber técnico e científico, dividindo-o e monopolizando-o através de trabalhos cada vez mais especializados. As relações que se estabelecem entre os médicos são também relações de dominação/subordinação exercidas a partir da autoridade do saber, assim, “não é através da educação que a qualificação é criada e, a partir daí, incorporada ao processo de produção, mas, ao contrário, a qualificação é definida enquanto qualificação do trabalho no processo de produção, a qual é reproduzida no processo educacional enquanto qualificação do trabalhador” (Schraiber, 1989, pg 23).

“A posse do saber, e não do conteúdo específico das atividades de trabalho (divisão técnica do trabalho), é que os caracteriza como trabalhadores intelectuais...A separação entre trabalho intelectual e trabalho manual está ligada à posse e ao monopólio do saber, como uma forma de apropriação da ciência pelo capital... O trabalho intelectual se encontra, assim, ligado à reprodução das relações de poder (relações de dominação e subordinação ideológicas) (Schraiber, 1989, pg. 40-41).

CAPÍTULO 4. OBJETIVOS, METODOLOGIA E INSTRUMENTOS

4.1 Objetivos e metodologia

O objetivo geral desta tese é realizar uma análise crítica da Educação em Fisioterapia a partir das práticas profissionais, no contexto dos processos de reforma, acreditação e re-acreditação, tomando como referência o currículo da Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Para isso foi necessário, em primeiro lugar, caracterizar o desenvolvimento histórico das práticas profissionais em Fisioterapia na Colômbia, destacando os movimentos, as mudanças e as contradições no contexto da organização social e da própria prática, reconhecendo as lógicas dominantes da citada organização.

A partir disso, pode-se dar conta da forma como as lógicas dominantes se expressam na organização da prática profissional dos egressos do programa de Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia.

Com esses resultados parciais, foram identificadas as relações entre a organização da prática profissional dos egressos e a proposta curricular atual do programa de Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia, revendo os aspectos relacionados com o sentido da formação, a organização e os conteúdos do currículo, as práticas assumidas em termos de pedagogias e didáticas e os vínculos entre geração e apropriação de conhecimento e a formação pré e após a graduação.

Finalmente, são apontados os nós críticos da relação práticas profissionais – educação, a partir da perspectiva deste estudo, como contribuição a futuros processos de ajuste ao currículo, a pedagogia e a didática, no programa de Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia.

Neste marco a tese fundamenta-se na Teoría Crítica a qual pressupõe que as estruturas e os preconceitos sociais podem ser uma fonte de opressão e marginalização de muitos grupos sociais e defende mudanças nas estruturas de poder e a crítica do conhecimento que lhes dá suporte (Kincheloe; McLaren, 2003). Trata-se de um paradigma amplo que denota uma série de orientações teóricas, incluindo o marxismo, o materialismo histórico, feminismo e o pós-estruturalismo. Independentemente de suas diferenças esses marcos teóricos têm em comum um pressuposto epistemológico de que

a natureza da investigação é regida por valores e que o conhecimento não é neutro, e sim político.

Destacam-se os seguintes fundamentos das Teorias Críticas (Miró, 2008):

- a) todo pensamento está fundamentalmente mediado por relações de poder que se constituem social e historicamente,
- b) as relações entre conceito e objeto, e entre significante e significado nunca são estáveis ou fixas e estão frequentemente mediadas pelas relações sociais,
- c) os fatos nunca podem ser isolados do domínio dos valores ou distanciados de alguma forma de adesão ideológica,
- d) a linguagem é um eixo central para a construção da subjetividade, tanto consciente como inconsciente,
- e) em qualquer sociedade, certos grupos gozam de privilégio sobre outros e, ainda que as razões para esse privilégio possam ser muito variadas, a opressão que caracteriza as sociedades contemporâneas se reproduz com mais força quando os subordinados aceitam seu status social como natural, necessário e imutável,
- f) a opressão tem muitas facetas, concentrar-se em apenas uma, excluindo outras, frequentemente, significa não levar em conta a interconexão entre elas, e, finalmente,
- g) as práticas de pesquisa consolidadas estão geralmente, ainda que muitas vezes sem o saber, comprometidas com a reprodução de sistemas de classe social, raça e opressão de gênero.

No presente projeto optou-se por um estudo de caráter misto, que utiliza variáveis e instrumentos quantitativos, tipo enquete, e qualitativos com entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Este tipo de estudo envolve coleta, análise e integração dos dados quantitativos e qualitativos em um mesmo conjunto para responder a uma abordagem do problema (Hernández et al., 2008).

Um primeiro componente estudado se refere à caracterização dos movimentos, mudanças e contradições do processo de organização do trabalho, reconhecendo neles como se expressa a divisão do trabalho; a hierarquia e fragmentação-desclassificação, assim como o impacto no processo e nas condições de trabalho do fisioterapeuta, ademais dos valores e contra-valores presentes.

Um segundo componente se refere à caracterização do estado atual da prática profissional dos egressos do curso de Fisioterapia da Universidade Nacional de Colombia, buscando identificar os aspectos atuais que caracterizam a organização do

trabalho. Associado ao desenvolvimento deste componente foi realizado um Estudo Nacional com a participação da Associação Colombiana de Fisioterapia, da Associação Colombiana de Faculdades de Fisioterapia e de 16 cursos de formação em Fisioterapia do país. Assim sendo foi possível apresentar os resultados dos graduados do curso da Universidade Nacional em comparação com o perfil nacional.

Um terceiro componente analisa a proposta curricular da Universidade Nacional, revendo os aspectos relacionados com o sentido da formação, a organização e os conteúdos do currículo, as práticas assumidas em termos de pedagogias e didáticas, os vínculos entre gerações e a apropriação de conhecimento e a formação pré e após a graduação.

Finalmente, realiza-se um exercício de articulação dos achados dos três componentes, visando estabelecer linhas de continuidade que permitam caracterizar relações entre a prática profissional e o processo educativo, estabelecer suas implicações e orientar possíveis caminhos para sua transformação, no sentido de avançar para uma formação crítica.

Este tese foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo A. 1). Adicionalmente, foi apresentado à direção do Departamento de Movimento Corporal Humano para sua autorização (Anexo A. 2). Todos os participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido (Anexo A. 3).

4.2. Instrumentos metodológicos

A pesquisa apoia-se em um desenho multi-estratégico que emprega a integração metodológica mediante a complementação e a triangulação entre diferentes instrumentos com o objetivo de obter um conhecimento multidimensional e representativo do fenômeno a investigar (Montorio, 2012).

O primeiro componente se concentrou em caracterizar os períodos de desenvolvimento profissional no país, considerando essencialmente os aspectos que se referem à organização social da prática profissional como trabalho no contexto de uma organização capitalista, onde as próprias transformações da organização social do trabalho e o lugar que as profissões ocupam nela, assim como as relações interprofissionais resultantes, o status ocupacional no setor saúde, o reconhecimento social, a autonomia e finalmente as condições mesmas de realização da prática

profissionais precisam ser consideradas, problematizadas e caracterizadas. Estes aspectos devem ser compreendidos como expressões das mudanças e dos acordos em termos de organização e divisão de trabalho, hierarquia e desqualificação-fragmentação do trabalho.

Este componente articula informação de fonte secundária proveniente, essencialmente, da Associação Colombiana de Fisioterapia e a sistematização das entrevistas semiestruturadas com cinco especialistas (*experts*) (Anexo C. 1). A seleção foi escalonada utilizando os critérios de trajetória e reconhecimento em diferentes campos da atuação profissional e cobertura de um amplo período de tempo. O grupo foi constituído por profissionais graduados de diversas universidades públicas e privadas das décadas de 60, 70, 80 e 90 cujas trajetórias profissionais oscilam entre 46 e 16 anos de prática profissional, com projeção na assistência, na docência e no trabalho associativo e profissionalmente ativos em 4 dos 5 casos.

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2014. As mesmas foram gravadas, transcritas literalmente e codificadas manualmente. A interpretação da informação qualitativa foi realizada por meio da análise do discurso, o que permitiu, a partir dos pontos convergentes e divergentes expressos pelos participantes, categorizar, isolar e organizar o texto em unidades interpretativas. A análise dos dados textuais foi realizada com apoio do programa Atlas-T.

Para manter o rigor científico (Guba; Lincoln, 1994), utilizou-se da retroalimentação com todos os informantes das entrevistas transcritas para ampliar ou ajustar o dito. Foi realizado o diálogo direto com alguns dos especialistas entrevistados em relação ao texto preliminar para incorporar aportes.

O segundo componente procurou realizar uma caracterização do estado atual da prática profissional e seu impacto na qualidade de vida e na saúde dos profissionais a partir de um estudo quali/quantitativo que incluiu variáveis relativas tanto à situação atual da prática profissional, como relativas à caracterização da qualidade de vida e da saúde dos profissionais, para o que se tomou como unidade de observação a organização social do trabalho e não apenas o posto de trabalho ou a unidade produtiva como espaço isolado (Breilh, 1994), buscando identificar aspectos de proteção e deterioração do trabalho na forma de riscos e exigências (Noriega, 1993).

Metodologicamente foi realizado um estudo observacional do tipo corte transversal analítico (Rothman et al., 2008), no qual foram consideradas as variáveis de

exposição e as variáveis de efeito simultaneamente, através de enquete eletrônica via internet e realização de grupos focais com egressos. A convocação foi feita através do sistema de acompanhamento a egressos da Faculdade de Medicina, que se encontra ativo e que foi utilizado previamente nos processos de acreditação e re-acreditação.

A enquete eletrônica foi dividida em sete módulos a respeito das relações entre as condições sociodemográficas e as condições de saúde, condições sociais de desempenho, condições de trabalho, autonomia, participação e organização associativa, social e cidadã, valorização social da profissão, qualidade de vida e bem estar e as lógicas nas políticas e no sistema. Foram formuladas no total 171 questões (Anexo C. 2). O desenho do instrumento contou com os aportes de 10 profissionais que participaram do estudo nacional na condição de membros de sua equipe dinamizadora.

Esta versão do instrumento foi validada por seis fisioterapeutas com ampla experiência no exercício da profissão, assim como na construção de pesquisas e instrumentos de avaliação. Além disso, foi realizado um teste piloto com 20 formados em três diferentes universidades e diferentes anos de formação (entre um e 20 anos de obtenção da graduação), que responderam a totalidade da enquete e fizeram observações; com base nelas, foram feitos os ajustes correspondentes para a formatação definitiva do instrumento.

O universo se constitui dos graduados do Curso de Fisioterapia da Universidade Nacional de Colômbia, entre os anos 1980 e 2012, que são 912. Foi feita uma amostra por conveniência que contou com a participação de 201 graduados. As informações foram coletadas entre dezembro de 2012 e março de 2013.

A informação coletada está apresentada em análise de frequência simples, análise bivariada, onde para as variáveis nominais ou ordinais foram levantadas tabelas de referência e como prova de contraste o qui-quadrado com um valor p com significância de 0,05. No caso das variáveis contínuas foram realizadas provas para determinar a normalidade da distribuição (Kolmogorov-Smirnov) e a homogeneidade de variações e nos casos em que não existiu normalidade nem homogeneidade foram realizadas testes paramétricos (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) de acordo com a natureza da variável e com um valor p de significância de 0,05.

No caso de respostas de natureza nominal ou ordinal com escala valorativa tipo Likert (sempre, quase sempre, algumas vezes, quase nunca e nunca) foram geradas

variáveis contínuas. Além disso, realizou-se uma recodificação de respostas quando isso foi necessário (Anexo 2. 2.3 Recodificação de resultados).

Para a fase qualitativa, foi adotado um desenho qualitativo descritivo que permitiu conhecer o ponto de vista dos graduados sobre a situação da prática profissional, com a realização de seis grupos focais, utilizando o roteiro elaborado para esse fim (Anexo C. 3), entre abril e maio de 2013. Os participantes foram convocados a través de uma carta convite eletrônica enviada a todos os egressos constantes na base de dados do Departamento do Curso. Aqueles que manifestaram interesse em participar foram organizados em seis grupos segundo sua disponibilidade de tempo. Os participantes assinaram um termo de consentimento informado.

O total de participantes dos grupos focais foi de 31 egressos, dos quais 24 foram mulheres e 7 foram homens. As datas de formatura dos participantes variaram entre 1988 e 2012. Foram realizados quatro grupos focais pela investigadora e dois por enfermeira especializada com experiência em técnicas de investigação qualitativa. A seguir se apresenta uma caracterização dos participantes de cada grupo focal.

Quadro 1. Caracterização de participantes nos grupos focais de egressos.

Grupo focal	Mulheres	Homens	Ano de graduação
Primeiro	8	1	1993 – 2012
Segundo	2	2	1998 – 2012
Terceiro (egressos docentes universitários)	4	1	1987 – 2002
Quarto	5	1	1998 / 2010
Quinto	3	1	1998b / 2010
Sexto	2	1	2008
Total	24	7	

Fonte: Elaboração própria.

Os grupos focais foram gravados, os discursos foram transcritos literalmente e codificados manualmente. A interpretação da informação qualitativa foi realizada por meio de análise de discurso, o que permitiu, a partir dos pontos convergentes e divergentes expressos pelos participantes, categorizar, isolar e organizar o texto em

unidades interpretativas que foram articuladas com a informação métrica e com a literatura existente sobre condições ocupacionais e de trabalho. A análise dos dados textuais foi realizada com apoio do programa Atlas-T.

As categorias ordenadoras resultantes desses dois componentes estão apresentadas no seguinte quadro:

Quadro 2. Categorias ordenadoras dos componentes 1 e 2

Categorias	Subcategorias	Indicadores
ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO	Políticas e sistemas	Valores, estrutura e processo
	Condições sociais do desempenho	Campos de desempenho. Áreas de desempenho. Setor. Cenário de prática. Atenção domiciliar. Ciclos vitais de intervenção, gênero.
	Valorização social	Entre pacientes, colegas, outros profissionais, comunidade, família, estado.
	Qualidade de vida	Satisfação e condições básicas materiais.
	Condições de saúde /enfermidade	Impacto sobre Condições de Saúde: Moléstias, Sinais, Sintomas, Enfermidade, Acidentes.
HIERARQUIA	Condições de trabalho	Qualidade do emprego e organização das tarefas. Riscos e exigências.
	Identidade, participação e organização	Relação entre colegas, primeiro consultante ³⁸ , definição de agendas, de sessões, autonomia. Valores e práticas de participação e organização.
FRAGMENTAÇÃO E DESQUALIFICAÇÃO	Unidade de objeto	Desenvolvimentos disciplinares, prática integral
	Educação pós-graduada e educação permanente	Formação pós-graduada e atualização

Fonte: Elaboração própria

O terceiro componente buscou caracterizar, a partir dos atores do processo de ensino – docentes e estudantes – as principais características do curso da Universidade Nacional em termos de uma lógica crítica-reprodutivista em relação aos achados anteriores sobre organização da prática profissional. Para isso foi feita uma revisão documental da proposta atual do programa, seus conteúdos, processo de ensino e

³⁸ É o profissional ao qual o paciente / cliente pode aceder diretamente como primeiro contato. (WCPT, 2011)

relações entre atores intervenientes que foi contrastada com os resultados de 12 entrevistas semiestruturadas dos docentes do departamento. (Anexo C. 4), e realização de 5 grupos focais com a participação de estudantes ativos no programa (Anexo C. 5), aplicadas as duas metodologias durante os meses de novembro e dezembro de 2014. O interesse é, através da aplicação dos instrumentos, reconhecer as lógicas ordenadoras do processo educativo.

Os docentes participantes foram 11 vinculados à carreira docente, um dos quais exerce um cargo diretivo na Faculdade de Medicina e outro é coordenador académico do programa, além de um docente ocasional, responsável por prática. Dos 12 professores entrevistados, 10 foram mulheres e dois homens. A média de anos de vínculo com a Universidade Nacional como docentes é de 17 anos, com limite inferior de um e superior de 44 anos de vínculo.

Quadro 3. Caracterização dos docentes entrevistados

Gênero	Categoria	Tempo de Dedicção	Experiência docente na UN em anos
Mulher	Professora Associada	Tempo Integral	25
Mulher	Professora Associada	Cátedra 07	16
Homem	Professor Associado	Tempo Integral	29
Homem	Professor Associado	Cátedra 07	6
Mulher	Professora ocasional	Tempo Parcial	10
Mulher	Professora Associada	Cátedra 07	1
Mulher	Professora Associada	Cátedra 07	7
Mulher	Professora Associada	Tempo Integral	22
Mulher	Professora Titular	Dedicção exclusiva	44
Mulher	Professora Associada	Cátedra 06	4
Mulher	Professora Titular	Dedicção exclusiva	33
Mulher	Professora Associada	Cátedra 06	6

Fonte: Elaboração própria

Quanto aos grupos focais com estudantes ativos do programa, o total de participantes foi de 30 alunos dos semestres 3º, 5º, 7º e 9º. A seguir a descrição dos participantes em cada grupo focal.

Quadro 4. Caracterização de participantes nos grupos focais de estudantes

Grupo focal de Estudantes	Mulheres	Homens	Total
Terceiro semestre	7	1	8
Quinto semestre	3	2	5
Quinto semestre B	5	1	6
Sétimo semestre	2	3	5
Nono semestre	3	3	6
Total	20	10	30

Fonte: Elaboração própria

Metodologicamente, as entrevistas e grupos focais foram gravadas, transcritas literalmente e codificadas manualmente a partir da análise de discurso, buscando identificar e classificar os aspectos que definem a proposta educativa estudada. Foram identificadas categorias relativas ao marco teórico definido e que procuram estabelecer lógica de reprodução, resistência ou transformação em torno das lógicas identificadas nos capítulos anteriores e que se projetam nos valores e no sentido da educação, da prática profissional e do conhecimento disciplinar; organização do currículo, conteúdo da malha curricular, modelo pedagógico, modalidade e método, avaliação, geração e apropriação do conhecimento. A análise dos dados textuais foi realizada com apoio do programa Atlas-T.

Para manter o rigor científico utilizou-se da retroalimentação com todos os informantes das entrevistas transcritas para ampliar ou ajustar o dito. Foi realizado o diálogo direto com alguns dos docentes e estudantes participantes, para favorecer a compreensão de suas descrições e quando necessário, verificar a informação fornecida. Socializou-se o texto preliminar com dois dos doze docentes com a incorporação de sugestões e ajustes (Guba; Lincoln, 1994).

As categorias ordenadoras resultantes desses dois componentes estão apresentadas no seguinte quadro:

Quadro 5. Categorias ordenadoras do componente 3

Categorias	Subcategorias	Indicadores
ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO	Valores e sentido do Processo educativo	Reprodução vs. Crítica – transformação
	Valores e sentido da Prática profissional	Mercantilização vs. Direitos Dominação/emancipação por gênero, profissional trabalhista. Competições profissionais Vs competições técnicas
HIERARQUIA	Organização do currículo	Estrutura, momentos, Vínculo com a realidade, prática formativas
	Conteúdo do currículo	Relações de dominação /emancipação por gênero, profissional e trabalhista. Vínculos ao modelo de prestação de serviços de saúde. Prática profissional: Competições profissionais Vs competições técnicas Unidade do objeto disciplinar: Flexibilidade, integralidade, Interdisciplinaridade Identidade, autonomia, liderança associatividade, organização.
	Modelo pedagógico, modalidade e método.	Tipo de modelo Modalidades: presencial, não presencial; magistral, casos, problemas, projetos, cooperativo, por contrato. Relaciones professor estudante
	Avaliação	O que, quem, como, para quê
FRAGMENTAÇÃO E DESQUALIFICAÇÃO	Geração e apropriação do conhecimento	Sentido da geração de conhecimento. Paradigma dominante: Positivismo vs. Teoria crítica. Vínculo com a realidade, crítica, hegemônica / contra hegemônica
	Relação graduação e educação continuada	Valores e sentido, Níveis ascendentes de formação / especialização

Fonte: Elaboração própria

PARTE III

ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 5. CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS GRADUADOS NO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE COLÔMBIA

Partindo da abordagem metodológica adotada é interessante apresentar os resultados de tal forma que eles possam ser problematizados:

- A organização e divisão do trabalho: Como construção de identidade de classe (profissão liberal – assalariada com ou sem identidade individual e coletiva); com reconhecimento ou não do produto e da riqueza gerada; atuando como sujeito histórico frente às relações democráticas ou de dominação próprias e presentes na sociedade (por localização na escala: profissionais/técnicos; por gêneros; por profissões; por etnia; por classes), e com ou sem práxis transformadora em torno do funcionamento da sociedade;
- A hierarquia: controle ou não do processo de trabalho, o que significa unidade ou não no processo de trabalho fazer/pensar; reproduzir/innovar obedecer/dirigir; estrutura hierárquica/estrutura horizontal; controle a partir da qualidade e regulação/autorregulação;
- A fragmentação – desqualificação: como integralidade ou não do objeto profissional e de seu desenvolvimento; com ou sem controle sobre o desenvolvimento e uso da técnica; a tecnologia e a educação profissional, especializada e permanente.

Com a intenção de caracterizar a situação atual da prática profissional foi projetada e organizada uma pesquisa eletrônica da qual participaram 201 egressos de um total de 912 graduados entre os anos de 1980 e 2012 e foram realizados seis grupos focais com a participação de 31 egressos.

Os resultados quantitativos e qualitativos evidenciam importantes transformações na prática profissional, que articulam a continuidade de algumas características e o surgimento de novos elementos. Assim, a prática continua sendo uma atividade eminentemente feminina com um importante componente no campo assistencial, particularmente nas áreas clássicas de reabilitação tais como osteomuscular, cardiopulmonar, mas com menor presença em neuroreabilitação e novos campos e área em saúde pública, saúde do trabalhador, atividades físicas e

esportes. Dentro dos novos campos, em termos de peso percentual se destaca a presença feminina no campo da educação superior e da administração, e em menor medida em assessorias e na pesquisa.

Em termos de organização da prática profissional é notória a perda de espaços da prática autônoma como provedora independente, conquistados nas décadas de 80 e 90, seja na provisão de serviços individuais domiciliares ou na forma de empresa de prestação de serviços, que denotaram algum grau de independência em relação à institucionalidade médica. Este retrocesso é explicado pelos mecanismos de funcionamento do atual sistema de saúde que limita o primeiro contato com os profissionais ao organizar o sistema de oferta de serviços a partir do seguro em saúde, onde o acesso aos serviços é submetido ao seguro da Empresas Promotoras de Salud – EPS –, que credenciam provedores de serviços de saúde, a quem impõem lógicas de mercado para pagamento dos mesmos. Paralelamente a esta relação, se impõem tempos, ritmos, volumes, perfis, sob os critérios de eficiência, o que tem significado impacto direto sobre a própria organização dos processos e procedimentos. Além disso, o sistema não reconhece procedimentos profissionais centrais tais como diagnóstico fisioterapêutico e desestima outros como primeira consulta, consulta de controle, participação na equipe interdisciplinar, sessão de educação grupal e individual.

Nas condições de trabalho evidencia-se o crescimento de formas de trabalho dependentes em detrimento da prática independente. Constata-se a precarização das condições de trabalho tanto pelos valores como pelos depoimentos que evidenciam a existência de formas de contratação de má qualidade e baixos salários como principal característica, que ainda se diferencia conforme se trate de profissionais homens ou mulheres, com ou sem pós-graduação e na dedicação ao campo assistencial, fato que está ligado à crescente desmotivação dos profissionais para atuar no mesmo.

Em geral o conjunto de resultados evidencia uma tensão entre elementos estruturais que pressionam por maior controle dos profissionais e sua prática e conflitos que se evidenciam nas reclamações quanto ao papel desempenhado tanto no tradicional como no novo.

Neste contexto se destaca o fato de que os resultados mostram uma situação mais favorável para os formados pela Universidade Nacional em relação com os dados nacionais. Isto, dito pelos próprios formados, se explica tanto pelo peso institucional

como porque há diferenças evidentes nas capacidades e estilos de trabalho dos egressos que os caracterizam como competentes, inquietos, criativos e com iniciativa. Embora sejam reconhecidos como conflituosos e com dificuldades na interação principalmente com os próprios colegas.

Isso não nega o fato de que na valorização geral pesa mais o valor crítico e o não conformismo com o *status quo*. Os aspectos mais importantes giram em torno da definição de políticas públicas relacionadas à organização do sistema de saúde, que prioriza a lógica mercantil sobre as necessidades das pessoas e em detrimento da prática profissional; os acentuados preconceitos de gênero e interprofissionais que afetam a dinâmica profissional; as condições de trabalho, particularmente as formas de contratação, os baixos salários e as chances praticamente nulas de ascensão dentro da profissão; a pouca valorização social junto à comunidade em geral e ao Estado; a cada vez mais frágil autonomia profissional; problemas relevantes na construção de identidade da representação profissional e a pequena projeção de suas organizações; frágil adesão e projeção no que se refere ao desenvolvimento disciplinar da prática profissional integral; a baixa qualidade de vida e seu importante impacto na saúde e bem estar dos profissionais. Como elementos favoráveis se destacam o reconhecimento da ampliação do campo profissional e a continuidade de bons níveis de satisfação pessoal com o trabalho que se realiza.

Na continuação são apresentados os resultados deste componente. Uma vez que no processo conseguiu-se articular as associações e 16 cursos de formação, foi possível construir uma base de dados nacional (Molina et al., 2015) que permite fazer uma apresentação destes resultados em comparação com os dados nacionais, com o que é possível identificar com maior precisão características da prática profissional do egresso da Universidade Nacional, aspecto que contribuirá para a análise deste curso de formação.

5.1. Condições sociodemográficas

Serão consideradas variáveis como idade, sexo, estado civil, número de pessoas dependentes, escolaridade, ano de graduação, outros estudos e o estado onde trabalha.

Os resultados mostram que para a variável idade a maior proporção de profissionais tem entre 21 e 30 anos com 45%, seguidos pelos que têm de 31 a 40 anos

com 35,3%; 15,9% têm entre 41 e 50 anos e 3% têm entre 51 e 60 anos. De acordo com os resultados conclui-se que a população participante é uma população jovem, isto é, 81,1% têm menos de 40 anos. Essa porcentagem é menor que a apresentada pelo estudo nacional que corresponde a 90,3%.

Em relação ao sexo, a maior proporção corresponde ao sexo feminino com 83,6% e os restantes 16,4 ao sexo masculino. Os resultados permitem ratificar que a profissão de fisioterapia é uma profissão com forte presença das mulheres, que em comparação com os dados nacionais é menor em quatro pontos percentuais (87,6%), o que nos diz que entre os egressos da Universidade Nacional observa-se maior presença de homens. Esse dado coincide com estudos anteriores que indicam a alta concentração de mulheres nas profissões da saúde e particularmente uma maior concentração no caso da Fisioterapia, que apresenta no estudo em referência, para a Colômbia, uma relação de um homem para cada 8,7 mulheres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a, p. 14).

Em relação ao estado civil a maior proporção corresponde à população solteira com 54,7%, o que está relacionado com a porcentagem de população jovem, e segunda proporção corresponde à população casada com 25,9%.

Em relação ao número de dependentes, correspondendo à tendência esperada num grupo jovem, 53,2% dos participantes não têm pessoas dependentes, 22,4% têm uma pessoa dependente, 16,4% têm dois dependentes, e menos de 6% dos participantes têm 3, 4, 5 ou 6 pessoas que dependem economicamente dele ou dela. (Anexo D Tabela 1).

12,4% dos profissionais se graduou em Fisioterapia entre os anos de 1981 e 1990, 15,4% entre os anos de 1991 e 2000, 53,7% dos participantes manifestaram ter-se graduado entre os anos de 2001 e 2010, e 18,4% se graduou após 2010. (Anexo D Tabela 2).

53,2% têm algum nível de educação pós-graduada, entre especializações, mestrado e doutorado, sendo maior que a média nacional (47,8%). Estes resultados evidenciam que a exigência do mercado pela formação pós-graduada tem sido absorvida, sendo superior aos dados referentes a outras profissões. Além disso, 26,5% dos profissionais referiu ter estudos correspondentes a treinamentos certificados, 5% referiu ter outras graduações. (Anexo D Tabela 2).

Dentre os egressos do curso, 72,6% trabalham na cidade de Bogotá, 8% no Departamento de Santander, 1.5% nos departamentos de Cesar, Meta, Nariño, Norte de Santander e menos de 1% dos profissionais trabalha nos departamentos de Boyacá, Bolívar, Cauca, Huila, Tolima e Valle del Cauca. Isto indica que existe uma baixa distribuição dos formados pelo país. (Anexo D Tabela 1).

5.2. Condição geral da atuação profissional

Foram analisadas variáveis como campos e áreas de atuação, cenários da prática, setor em que trabalham, ciclos vitais e níveis de intervenção, emprego, atendimento domiciliar.

Campos de atuação profissional

Estes resultados foram obtidos através do agrupamento de respostas que indicaram algum tempo de dedicação da jornada semanal à atividade citada. Em relação aos campos de atuação os resultados permitem identificar que 79,6% dos profissionais dedicam alguma parte de seu tempo ao campo assistencial, 44,3% realizam atividades na educação superior, 36,8% na área administrativa, 32,3% em assessorias e consultorias, 30,3% desempenha atividades de pesquisa formal. Em relação aos dados nacionais o egresso da Universidad Nacional apresenta uma maior porcentagem de graduados realizando trabalhos de assistência e pesquisa formal (72,9% e 23,5%, respectivamente). Estes dados evidenciam duas coisas: a mudança de perfil profissional em termos da diversificação do mesmo, passando de uma profissão eminentemente clínica assistencial para uma profissão que se projeta em novos campos e a porcentagem de profissionais que já não fazem assistência (20,4%). (Anexo D Tabela 3).

Com a ideia de identificar maior dedicação por campo, perguntando aos que reportaram atividade a que dedicam mais de 76% de sua jornada semanal de trabalho, encontrou-se que só 45% dos de assistência, 28,1% dos de educação, 18% dos que realizam tarefas administrativas, 10,8% dos de assessorias e consultorias, e apenas 3,3% dos que realizam investigação formal o fazem como atividade principal. Este dado permite presumir que, em geral, as condições de trabalho não favorecem a permanência em nenhum dos campos. Obviamente preocupam muito os dados relacionados com assistência e educação.

Áreas de atuação profissional

A análise das áreas de desempenho, segundo a dedicação de algum tempo da jornada semanal, permite identificar que 61,7% dos profissionais trabalham na área osteomuscular, 47,3% na área de esporte e atividade física, 41,8% na área de neurologia, 33,8% na área cardiopulmonar, 28,9% na área de saúde ocupacional, 18,4% em saúde pública, 15,4% na área vascular e 9% estética e 20,9% desempenham atividades em outras áreas não especificadas.

Ao revisar os dados por área principal segundo o tempo de dedicação superior a 76% da jornada semanal de trabalho, encontrou-se 32,4% em saúde pública, 30,9% em cardiopulmonar, 27,6% em saúde ocupacional, 25,8 % em osteomuscular, 19,3% em neurologia e 15,8% em esporte e atividade física o fazem como atividade principal. (Anexo D Tabela 4). Novamente este dado deixa entrever que a estabilidade em uma única área avaliada pelo tempo de dedicação, não é comum na prática profissional. Isto reflete a qualidade das condições de trabalho, assim como os serviços que apresentam maior demanda. Chama a atenção o caso dos serviços em osteomuscular e neurologia que apesar de serem áreas mais comuns de prática, são as que menos oferecem permanência em termos de tempo de dedicação, e que as áreas que oferecem mais estabilidade, segundo o tempo de dedicação, são saúde pública, cardiopulmonar e saúde ocupacional. Este comportamento se diferencia do comportamento nacional, onde aparecem com maior tempo de dedicação as áreas de osteomuscular (33,7%), cardiopulmonar (27%) e saúde ocupacional (27,5%).

Cenário de prática e Setor.

Os resultados mostram que 63,5% dos fisioterapeutas referiram trabalhar no setor saúde, 35,5% trabalham no setor educacional, 3,5% no setor de serviços e 3% no setor produtivo. (Anexo D Tabela 5)

Ao se indagar pelo cenário de prática, no trabalho assistencial, encontrou-se que 24,9% o fazem em instituições de terceiro nível de atenção, 14,4% em instituição de primeiro nível e 5,5% em instituição de segundo nível, 38,3% realiza atendimento domiciliar, dos quais apenas 50% o fazem de forma independente, e 21,4% dos fisioterapeutas referiu ter um desempenho clínico particular. Esta distribuição indica que se mantém a lógica histórica no sentido de que a prática nas instituições de saúde se concentra no terceiro nível de atenção, com menor presença no primeiro nível, uma colocação importante em consultório particular e é expressivo o atendimento domiciliar, ainda que hoje esta alternativa se encontre mais ou menos controlada pelas seguradoras.

Aparecem maiores porcentagem de presença em instituições de terceiro nível e trabalho domiciliar em relação aos dados nacionais (17,5% e 33,2%, respectivamente).

Do que trabalham em educação, 31,8% o fazem em uma instituição de educação superior e 1,5% em instituições de educação básica e ensino médio. Por outro lado, 9% dos profissionais trabalham em uma instituição de atividade física e esporte e 15,4% referiram um desempenho clínico particular.

Ciclos vitais de intervenção

Os resultados mostram que de acordo com a área de desempenho, 83,1% dos profissionais atende em algum momento a população adulta, 61,7 aos idosos, 55,7% à infância e 55,7% à adolescência. (Anexo D Tabela 6)

Nível de intervenção

64.9% dos profissionais realizam algumas atividades focadas na prevenção e promoção e 76.3% realiza atividades de atenção e reabilitação. (Anexo D Tabela 7).

Experiência profissional

Em experiência profissional foram considerados dois itens: tempo de formado e tempo de prática profissional. No primeiro, tempo de formado na graduação, 41,8% têm um tempo de formado superior a cinco anos, 25,9% têm entre seis e 10 anos e 32,3% têm mais de 10 anos de formado. Tendência contrária à da especialização onde 58,9% é de população com menos de 5 anos de graduação, porcentagem que cresce na população com mestrado, sendo de 83,3 (Anexo D Tabela 8). Apenas um formado com mais de 10 anos de graduação possui doutorado.

No segundo item, prática profissional, 13.8% dos participantes referem um tempo de prática inferior a um ano, 36.2% de 1 a 5 anos, 23.5% de 6 a 10 anos, 10.2% de 11 a 15 anos e 16.3% mais de 15 anos (Anexo D Tabela 9).

Absorção pelo mercado de trabalho

Sobre qual o tempo transcorrido da graduação até a obtenção do primeiro trabalho, 84,7% dos participantes afirmaram que o tempo foi menor que um ano, 11,2% entre 1 e 5 anos, e em menor proporção, abaixo de 4% se encontram aqueles entre 6 e 10 anos e mais do que 15 anos. Este dado é superior à porcentagem nacional de obtenção do primeiro emprego durante o primeiro ano que foi de 73,2% em 2012; para os profissionais de saúde é de 60,3% (Barón, 2012) (Anexo D Tabela 10). Este dado permite presumir que existe uma boa demanda por serviços de fisioterapia.

Desemprego

Os resultados mostram que 54,2% da população nunca estiveram desempregados. Entre aqueles que em algum momento estiveram, 73,9% referiram que por um período inferior a um ano, 22,8% por um período de 1 a anos e 3,2% ficaram desempregados entre 3 e 4 anos. Estas taxas de desemprego de alta duração (superior a um ano) são similares aos dados reportados pelo observatório laboral para profissionais, onde a taxa de profissionais com este tipo de desemprego é maior que 30% (Farné, 2006) (Anexo D Tabela 11).

Emprego

Em relação ao emprego, no momento da consulta, 91,5% da população tem um trabalho relacionado com a profissão, dado superior à média nacional que é de 88,5% e outras profissões da saúde como é o caso de enfermagem (60%) (ANEC, 2014a). Ambos os dados permitem afirmar que a profissão tem uma alta demanda (Anexo D Tabela 12).

Multiemprego

O estudo permitiu identificar o número de empregos que têm os profissionais que estavam trabalhando. Os resultados mostram que 27,8% têm mais de 1 emprego, porcentagem inferior à porcentagem nacional que é de 27,8%. Na Colômbia se constatou multiemprego entre 35% das enfermeiras (ANEC, 2014b) (Anexo D Tabela 13).

Atendimento domiciliar

Dos fisioterapeutas que referiram realizar atendimento domiciliar (38,3%), 53,9% a realizam sem intermediação de seguradoras. Quanto à forma como são contatados, 49,3% referem ser contatados através de conhecidos, 39,8% por meio de recomendação de outros profissionais, 15,4% através de empresas e menos de 4% dos profissionais manifestam serem contatados através da internet ou anúncios publicitários. Quanto ao valor cobrado por sessão de atendimento domiciliar, 2,9% cobra por sessão menos de \$10.000 ³⁹, 10,7% entre \$10.000 e \$19.999, 15,5% entre \$20.000 e \$29.999, 37,9% cobra entre \$30.000 e \$39.999, 17,5% cobra entre \$40.000 e \$49.999 e 15,5% entre \$50.000 y \$99.999. Quanto a equipamentos, 95,3% dos fisioterapeutas utilizam equipamentos próprios quando fazem atendimento domiciliar e 51,9% trabalham dentro de sua área de residência. (Anexo D. Tabela 14). Em comparação com os dados nacionais pode-se afirmar que os preços por consulta domiciliar se localizam em uma

³⁹ O valor do dólar no momento da pesquisa correspondia a 1 = US\$: \$1.800.

faixa intermediária embora se apresentem porcentagens inferiores tanto para o menor preço como para o maior preço.

5.3. Valorização social da profissão

Este componente procura descrever o reconhecimento social, individual e coletivo que os terapeutas recebem. Quanto à valorização social da profissão, a análise mostra que 94% dos profissionais sentem que seu trabalho é importante para a vida de outras pessoas e 93,5% refere que sua família compreende as implicações de seu trabalho. Os profissionais se sentem reconhecidos por seus pacientes (91,5%), colegas (92,5%), sua família (94%), as demais pessoas do trabalho (89,6%) e a comunidade (79,6%). Por outro lado, 70,1% dos fisioterapeutas considera que as políticas governamentais não mostram reconhecimento pela profissão. Em geral os dados referem uma menor valorização em todos os itens dos egressos da Universidade Nacional em relação à média nacional, excetuando-se o caso da valorização pelo Estado que se apresenta superior à média nacional (70,1% vs 61,5%). (Anexo D Tabela 15)

Em síntese se demonstra a diversidade de campos, áreas e setores e que é inegável que se ampliou o campo da ação profissional e que as ações incluem tanto atividades de assistência e reabilitação como de promoção e prevenção. Observa-se uma porcentagem importante que já não faz assistência. No entanto os dados mostram uma baixa permanência em todos os campos considerando tempo de dedicação, em consonância com as tendências de transformação do mercado de trabalho. Os indicadores mostram que a prática é pertinente quando se consideram os indicadores de absorção e emprego. Observa-se um padrão misto que combina o trabalho em IPS, prática de consultório particular e trabalho domiciliar, embora neste último já se observe de maneira importante a presença de trabalho assalariado. O setor que contrata com amplo predomínio é o setor privado. Observa-se uma alta valorização da prática profissional por parte dos próprios fisioterapeutas, no entanto esta valorização enfraquece quando se refere à comunidade em geral e ao Estado.

5.4. Condição do trabalho

Qualidade do emprego

A categoria qualidade no emprego é composta pelas variáveis de contratação, natureza jurídica do local de trabalho, salários, seguridade social e férias.

- **Tipo de vinculação e Contrato**

A análise dos diferentes tipos de contratação permite dimensionar a situação trabalhista dos fisioterapeutas; a análise dos resultados é apresentada de acordo com a vinculação direta ou indireta dos fisioterapeutas, dentro da contratação direta encontram-se os tipos de contratação por tempo indeterminado, a prazo fixo, trabalho ou obra, ocasional, convenção coletiva, livre nomeação e remoção, e carreira administrativa profissional por nomeação; na vinculação indireta se encontram os contratos de prestação de serviços e os contratos como profissional independente. De acordo com isto, os resultados mostram que entre aqueles que têm algum tipo de vinculação (91.5% do total da amostra) o que corresponde a 184 profissionais, 52.7% têm vinculação trabalhista direta, 28.3% têm uma vinculação indireta e 19% têm ambos tipos de vinculação (Anexo D Tabela 16).

Agora, para relacionar com outras profissões da saúde, em uma investigação realizada na cidade de Medellín com profissões da saúde diferentes da fisioterapia, 51,4% da população reportam contratação indireta (Flórez et al., 2009). No caso da enfermagem 50% reportam trabalho terceirizado (ANEC, 2014a).

Ponto importante de coincidência entre os resultados do presente estudo e os resultados dos estudos de caso anteriormente apresentados foi a presença de uma grande quantidade de formas de contratação diferentes do contrato de trabalho formal. Assim os resultados mostram que a contratação mais comum entre os profissionais é a prestação de serviços (35,9%), seguida pelo contrato por tempo indeterminado (30,4%), prazo fixo (27,2%) e o trabalhador independente (17,9%) (Anexo 4. Tabela 16). É de ressaltar a baixa proporção de trabalhadores com contratos por tempo indeterminado, condição relacionada diretamente com a estabilidade laboral. Além disso, o que chama a atenção também é a baixa proporção de trabalhadores com convenção coletiva (0,5%), cifra que está em consonância com a filiação e negociação sindical no país, mostrando claramente processos de deslaboralización e terceirização do trabalho (Vidal, 2012). Em relação às estatísticas em enfermagem se reporta, em outubro de 2014, uma vinculação por tempo indeterminada de 43% (ANEC, 2014b). Este dado reflete com clareza um dos aspectos mais críticos quanto à qualidade do emprego dos fisioterapeutas.

- **Natureza jurídica do local de trabalho.**

Quanto à natureza jurídica dos lugares onde os fisioterapeutas trabalham a maior proporção é de vínculo com empresas privadas (67,7%), frente a 24,4% que se encontram vinculados à empresa pública, 12,9% a organizações sem fins lucrativos e

em menor proporção, os que se encontram vinculados a outras organizações (9%). (Anexo D Tabela 17). Este dado é coerente com a alta proporção de instituições prestadoras de serviços, que na atualidade são cerca de 90% do total de centros de atenção à saúde na Colômbia e que, portanto, são o principal ente contratante de serviços de fisioterapia no país.

- **Renda**

Quanto à renda mensal, observa-se que 28,4% dos fisioterapeutas recebem menos de 2 salários mínimos⁴⁰, 46,8% recebem entre 2 e 4 salários mínimos e 24,9% recebem mais de 4 salários mínimos mensais. Estes dados são diferentes daqueles apresentados pelo Observatório de Talento Humano, para o nível profissional, tomando como referência a renda básica para recolhimento ao SGSSS, que relata que 50% da população tem renda de \$ 1,2 milhões ou menos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a). Este dado é mais próximo da média da pesquisa nacional, que é de 41,5%; com isso se evidencia um comportamento claramente diferenciado para os formados pela Universidade Nacional.

Entre os que recebem menos de 2 salários mínimos, 36,8% trabalha uma média de 4 horas diárias e 33,3% trabalha 6 horas; entre os profissionais que recebem entre 2 e 4 salários mínimos, 41,5% trabalham 8 horas e 27,7% trabalham mais de 8 horas por dia; por último, entre os que recebem mais de 4 salários mínimos, 42% trabalham mais de 8 horas e 34% trabalham 8 horas por dia. (Anexo D Tabela 18).

- **Seguridade social.**

A análise permite identificar que 91,5% dos profissionais fazem contribuições para a saúde, 86,6% para aposentadoria, 79,1% contra riscos profissionais e 62,7% contribui para o fundo de compensação familiar. Em todos os itens os dados se apresentam melhores em comparação com os dados nacionais, que correspondem a 90,1%, 82,7%, 73,4% e 50%, respectivamente. Estes últimos são semelhantes àquele relatados para enfermagem, em julho de 2014, que apresentam contribuição à saúde de 94%, aposentadoria 81% e riscos profissionais 74% (ANEC, 2014a).

⁴⁰ O salário mínimo vigente em 2012 era de 566.700,00 (U\$ 314 aproximadamente). Decreto del gobierno nacional 4919, de 26 de dezembro de 2011.

Do total de profissionais que recolhem para a saúde, em 57,6% o pagamento é feito pelo empregador e 42,4% é assumido pelo profissional. Quanto à aposentadoria, 60,3% diz que é o empregador quem assume o recolhimento e 39,7% que é o profissional. Quanto aos riscos profissionais, 69,2% refere que é o empregador quem assume o pagamento, enquanto em 30,8% dos casos é o próprio profissional quem paga. E no que diz respeito ao fundo de compensação familiar, entre aqueles que têm essa vinculação, 83,3% referem o aporte sendo feito pelo empregador e 16,7% pelo profissional. (Anexo D Tabela 19).

- **Férias**

46.8% dos profissionais têm férias pagas a cada ano, enquanto 53.2% não têm férias. (Anexo D Tabela 20).

Organização das tarefas

- **Exposição a riscos no trabalho**

Quanto a situações de exposição a riscos percebidas pelos fisioterapeutas, 23,4% dos profissionais referem exposição à vibração; 87,6% manifestaram exposição prolongada à posição em pé ou sentada; 37,7% estão expostos a más posturas; 67,2% estão expostos a movimentos repetitivos; e 53,2% estão expostos a levantar peso. Por outro lado, 76,6% manifestaram ter em seu trabalho tarefas repetitivas e 65,2% terem responsabilidades excessivas. Inqueridos sobre a pressão no trabalho, 41,8% afirmaram ser pressionados por seus superiores para a realização das tarefas. (Anexo D Tabela 21).

- **Exigências do trabalho**

No que diz respeito à jornada de trabalho, 78,1% dos profissionais cumpre jornada diurna, e 4% jornada noturna, 14,9% cumprem jornada mista e 11,9% refere ficar em sobreaviso. Quando a jornada é noturna, 7% dos fisioterapeutas trabalham em noites alternadas e 0,5% trabalha todas as noites. Os profissionais que fazem jornada diurna ou mista, 60,2% referiu trabalhar de segunda a sexta e 25,4% trabalhar de segunda a sábado. A análise também permitiu descrever a média de horas diárias da jornada de trabalho, os resultados mostram que 32,3% têm uma jornada de 8 horas e 27,4% jornada de mais de 8 horas, 25,9% de 6 horas, 14,4% de 4 horas. Em relação ao horário de trabalho e trabalho prolongado, 29,4% refeririam realizar turnos além de sua jornada de trabalho habitual e 52,7% dos profissionais referiu sempre levar trabalho para casa. Estes dados em geral são similares aos encontrados nacionalmente, com

exceção deste último aspecto, que mostra uma porcentagem muito menor (30,9%), em relação aos formados pela Universidade Nacional.

Por outro lado, 73,1% dos fisioterapeutas têm pausas e descanso durante sua jornada de trabalho, 64,2% têm horário flexível, e 64,2% têm capacitações, 84,6% têm boa comunicação e 77,1% têm participação na tomada de decisões.

Quanto ao ambiente de trabalho, para 65,7% dos profissionais a quantidade e complexidade de trabalho estão ajustadas aos tempos destinados para a realização de suas atividades de trabalho; 61,2% dos profissionais refere que o trabalho não oferece possibilidades de ascensão; 96% dos fisioterapeutas sentem-se capacitados para a realização do trabalho; 81,2% considera que suas propostas de trabalho são ouvidas; e 85,6% afirma contar o apoio dos companheiros.

73,6% dos profissionais afirmam que em seu local de trabalho, nos últimos 3 anos, foram incorporadas novas diretrizes, protocolos, instrumentos ou equipamentos, softwares que afetam o desempenho profissional; além disso, 65,7% referem ter participado da elaboração de diretrizes e 55,7% que tiveram papel de liderança na elaboração das mesmas. (Anexo D Tabela 23)

Em síntese, há emprego, mas de má qualidade se se consideram variáveis tais como tipo e forma de contrato, preços, renda, jornadas, seguridade social, riscos e exigências. Ou seja, sendo necessária e sendo um prática em crescimento para a qual se paga pouco, alguém está ficando com os recursos. Em geral, em relação à média nacional, todos os indicadores são mais favoráveis aos formados na Universidade Nacional.

5.5. Identidade e autonomia

Em relação à identidade e à autonomia dos fisioterapeutas, encontrou-se que 56,2% referem realizar primeiras consultas (o dado nacional é 51,3%), porcentagem que cresce para 58,8% no caso daqueles que dedicam alguma parte de sua jornada ao campo assistencial. Manifesta-se uma tendência de crescimento da consulta particular, talvez como reflexo das múltiplas dificuldades de acesso oportuno e com qualidade aos serviços.

Por outro lado, observou-se que 51,2% dos profissionais definem sua própria agenda de trabalho; 54,2% definem o início e a finalização das intervenções, 53,8% a duração, 53,8% a frequência e 40,8% a quantidade. Somente 40,3% referiu basear-se

em seu próprio diagnóstico. Estes números se apresentam superiores entre 2 e 8 pontos percentuais, quando se realiza a análise entre aqueles que dedicam alguma parte de sua jornada de trabalho ao campo assistencial (Anexo D Tabela 24). Com os dados apresentados é possível dizer que, na média, a metade dos profissionais tem prática profissional autônoma. Estes dados contrastam com o reportado em uma amostra no Valle de Aburra, na qual apenas 23% dos fisioterapeutas se consideram autônomos na tomada de decisões (Agredo et al., 2014).

Chama a atenção a baixa porcentagem de profissionais que atuam desde a definição de um diagnóstico fisioterapêutico. Este indicador corresponde a uma dimensão de maior controle individual, diferentemente do que ocorre com as demais categorias que têm uma correspondência maior com as definições do sistema (primeiro consultante, definição de agenda de trabalho, início, finalização, duração, frequência e quantidade de sessões). Contudo, os egressos da Universidade Nacional reportam melhores porcentagens nos indicadores de diagnóstico fisioterapêutico, primeiro consultante e definição de agenda de trabalho em relação aos dados nacionais (32.2%, 51.3% e 41% respectivamente).

Por outro lado, estes dados contrastam com a valorização positiva de 88,1% dos entrevistados que qualificam como boas suas ações em termos de favorecer o desempenho profissional, o que contrasta com outros estudos que mencionam, no caso das profissões da saúde, cooptação da autonomia profissional e mercantilização dos serviços que está na raiz da legislação colombiana da saúde. (Defensoría del Pueblo, 2007; Gómez, 2005; Molina et al., 2013).

5.6. Participação e organização corporativa, social e cidadã

Entre os fisioterapeutas, 6% são associados à ASCOFI, 10% estão filiados a COLFI (somadas as porcentagens são superiores à médica nacional que é de 12.1%) e 24.9% são filiados a algum outro tipo de organização. Além disso, 5% dos fisioterapeutas participaram de cargos públicos de eleição popular, 11,4% participou da criação de políticas nacionais (superior à médica nacional que é de 7.1%). Por outro lado, 88.1% dos participantes qualificam como boas suas ações profissionais em termos de favorecerem o desempenho profissional; dado muito similar à média nacional (89%). (Anexo D Tabela 25)

Destes resultados se destaca o baixo nível de participação e organização corporativa dos fisioterapeutas.

5.7. Condições de qualidade de vida

Estrato social, casa própria e serviços públicos

Este capítulo busca descrever o estrato socioeconômico em que vivem os fisioterapeutas e condições relativas ao acesso à casa própria.

Os resultados da investigação permitem identificar que 50% dos fisioterapeutas pertencem ao estrato 3, 25,3% ao estrato 4, 17,7% pertencem ao estrato 1 e 2, e 7,1% ao estrato 5. Os dados mostram uma pequena variação que significa maior presença do estrato 3 e 4 em relação ao dado nacional (45,9% e 23,9% respectivamente), uma porcentagem menor para os estratos 1 e 2 em relação ao nacional (18,5%) e uma porcentagem similar para o estrato 5. Entre os egressos da Universidad Nacional não aparecem casos de estrato 6, diferentemente do estudo nacional que apresentou 1,9% de casos (Anexo D Tabela 26). Se compararmos este comportamento com os dados referentes aos estratos dos estudantes que ingressaram em 2012, observa-se uma alteração importante na distribuição percentual, tanto no número de estudantes de estratos 1 e 2 correspondente a 62,9%, enquanto o estrato 3 é de 34,3%, e o estrato 4 de 2,8%.

Quanto à casa própria, os resultados mostram que 37,8% dos participantes têm casa própria (o dado nacional é de 33,9%), 33,3 vivem com a família e 29,9% vivem em moradia alugada. Estes dados contrastam com os referentes à enfermagem, onde 41% dos profissionais possuem casa própria. (ANEC, 2014a). Em termos de serviços públicos constata-se que mais de 90% conta com serviços públicos de água, luz, gás e internet. (Anexo D Tabela 26).

Estes dados permitem afirmar que a formação universitária e a prática profissional exercem impacto sobre a posição social segundo estratos e a possibilidade de acesso à casa própria, embora esse impacto seja menor que em outros grupos profissionais do setor saúde.

Satisfação pessoal e no trabalho

Observam-se altas porcentagens de satisfação com o emprego e com os êxitos acadêmicos (93%) e com êxitos profissionais (91,5%). Isto contrasta com a satisfação

com o salário que é de 60,2%, a satisfação de necessidades básicas em relação ao salário que é de 60,2% e as necessidades de lazer que é de 68,2%. (Anexo D Tabela 27).

Os dados acima são similares aos encontrados para o caso de enfermagem no país, em que 85% dos enfermeiros consideram que seu salário satisfaz às necessidades de subsistência, embora seja distinto em relação à satisfação das necessidades de lazer que é de 14% (Mesa; Romero, 2010; Moreno et al., 2008).

Além disso, os dados permitem identificar que 66,2% dos fisioterapeutas acham que o trabalho reduz o tempo para sua vida pessoal e 39,8% refere que a empresa em que trabalham nunca procura melhorar a qualidade de vida.

Em geral, em relação à média nacional o egresso da Universidad Nacional apresenta maior satisfação com o trabalho e satisfação de necessidades básicas e de lazer. Embora em menor proporção, também se mostra mais satisfeito com seu salário, com a preocupação da empresa com seu bem-estar e tem maior percepção de que o trabalho lhe deixa tempo para a vida pessoal.

5.8. Condições de saúde

Percepção do estado de saúde

O presente estudo explorou a percepção que os fisioterapeutas têm de seu estado de saúde. A investigação permitiu identificar que 78,6% dos profissionais consideram que seu estado de saúde é excelente e bom, 22,4% consideram que sua condição de trabalho afeta sua saúde e 67,2% consideram que o trabalho lhes produz consequências negativas para a saúde. (Anexo D Tabela 28). A alta porcentagem de percepção de saúde entre boa e excelente coincide com outros estudos que indicam que na cultura das profissões de saúde é frequente observar uma negação dos profissionais à ideia de serem considerados pacientes por causa de seus pacientes, de maneira que muitos preferem continuar com suas atividades apesar de suas condições de saúde (Darragh et al., 2009).

Ocorrências em saúde

O resultado do estudo mostra que no ultimo ano 76,6% apresentaram lombalgia, 74,6% cervicalgia, 71,1% dor articular, 67,2% dor em membros superiores, 51,7% transtornos de sono, 47,3% doenças respiratórias, 46,8% úlceras ou gastrite, 43,8% apresentaram nervosismo com irritabilidade, 38,3% enfermidades nos olhos, 33,8% varizes, 24,4% doenças de pele, 22,9% enjoos, náuseas, vômitos, desmaios, 17,4% apresentaram parasitose intestinal e 13,4% zumbido nos ouvidos. (Anexo D Tabela 29).

Estes dados são muito relevantes uma vez que, em comparação com os dados nacionais, para todos os itens, apresentam porcentagens superiores em aproximadamente 10 a 12 pontos percentuais.

A esse respeito Vernaza y Paz mostram que os fisioterapeutas são suscetíveis de sofrer dores musculoesqueléticas pelas características de seu trabalho, apesar de possuírem conhecimento anatomofisiológico de seu corpo e dos princípios da mecânica corporal. Este estudo encontrou, em uma amostra em Popayán, que 63% dos fisioterapeutas referem dor musculoesquelética no pescoço e na região lombar, 51,9% referem dor no meio das costas e 37% nos punhos e nas mãos (Vernaza; Paz, 2006).

Estudos em outros países são coincidentes com esses achados. No Reino Unido a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos entre os fisioterapeutas é de 55%, na Austrália de 91% e na Turquia é de 85%, sendo a dor lombar a afecção mais frequente (Adegoke et al., 2008). No Peru, os fisioterapeutas sofrem dor musculoesquelética em função da natureza de seu trabalho: intensivo e repetitivo; além disso, as estruturas mais comprometidas são a região lombar, seguida pelas mãos e punhos (Suárez, 2013) Outros estudos mostram presença de lesões musculoesqueléticas em estudantes de fisioterapia, ainda que as porcentagens sejam menores, lesões na coluna cervical 28.6% e lombar 33% (Muela, 2008).

Foi documentado que estes tipos de lesão estão entre as principais causas de absenteísmo dos profissionais de saúde, na proporção de 54,1% por lombalgia e dorsopatias, 24,2% por síndrome do túnel do carpo, 10,65 por tendinopatias e 3,7% por hérnia de disco Vernaza; Paz, 2006).

Assim, o nível de risco de se apresentarem problemas músculos-esqueléticos relacionados ao trabalho é alto e, portanto, é necessário organizar as atividades a partir de critérios ergonômicos, bem como melhorar concepção dos elementos do ambiente de trabalho dos fisioterapeutas (Skiadopoulos; Gianikellis, 2013).

Quanto aos fatores desencadeantes, os dados encontrados permitem identificar que as más posturas, os movimentos repetitivos, o levantamento de peso, as tarefas rotineiras, as responsabilidades excessivas e o trabalho além da jornada diária são fatores desencadeantes dos distúrbios musculoesqueléticos. Estes resultados correspondem com outros estudos que encontraram que uma das principais atividades que desencadeiam os sintomas é o levantamento de peso (Holder et al., 1999). Diversos autores agrupam os fatores de risco em 4 áreas: a) Atividades: que compreendem as

técnicas manuais, a movimentação de pacientes pesados, a reeducação do andar e os movimentos repentinos ou quedas de pacientes; b) Fatores posturais: relacionados com posições incômodas ou posições mantidas por um longo período de tempo; c) Problemas com a carga de trabalho: frequência e repetição de tratamentos e supervisão do tratamento com os pacientes, incluindo pausas ou descansos; d) Fatores pessoais: relacionados com a capacidade física de trabalho e estado de saúde (Molumphy et al., 1985; Rodríguez, 2011; Scholey; Hair, 1989).

Por outro lado, a morbidade relacionada com as condições de trabalho e de estresse no trabalho entre fisioterapeutas também foi abordada em diferentes estudos (Castro et al., 2006; Correa et al., 2010; Pavlakis et al., 2010). Entre eles foi documentada a prevalência de sintomatologias e patologias diversas, derivadas de aspectos tais como: a atenção pelo outro, a carga de trabalho, o salário baixo, o ambiente físico, o grau de autonomia, as relações interpessoais e fatores individuais.

Impactos na saúde

Na amostra pesquisada, 90% não haviam tido incapacidades nas últimas quatro semanas. Dos que tiveram, 5,5% teve incapacidade de 1 a 2 dias, 3% de 3 a 4 dias, e menos de 1% teve incapacidade de mais de 5 dias.

Entre os profissionais, 17,4% referiram ter sofrido acidentes em seu local de trabalho; destes, 45,7% manifesta que o acidente lhe causou lesões incapacitantes. Ao indagar o tipo de incapacidade gerada, 61,1% referiu incapacidade por menos de 3 dias, 33,3% incapacidade temporária e 5,6% incapacidade parcial permanente. (Anexo D Tabela 30)

A análise dos resultados permite fazer uma diferenciação das condições de saúde e trabalho dos fisioterapeutas que atuam nos diferentes campos de ação. Os resultados destacam a situação no campo assistência, onde se apresenta uma menor porcentagem de profissionais com estudos de pós-graduação (48,1%) e vinculação direta (66,9%); juntamente com o campo da administração, apresenta as porcentagens mais baixas de profissionais com mais de 4 salários mínimos de renda (20,0%), ao mesmo tempo em que reúne a maior porcentagem de profissionais com renda inferior a 2 salários (30,6%), e que apresenta maior porcentagem de profissionais insatisfeitos com seus salários (60%) e a segunda porcentagem de profissionais que consideram que o trabalho em efeitos negativos sobre a saúde (61%) (Anexo D Tabela 31). Também referem ter maior exposição a riscos no trabalho, assim como maior nível de exigência sobre o mesmo e,

consequentemente, pior avaliação das condições de saúde; além disso, são os que têm uma pior avaliação das condições do ambiente de trabalho, da organização das tarefas, e uma maior insatisfação com o trabalho.

A análise bivariada mostrou em relação aos campos, que aqueles que atuam na educação superior têm as maiores porcentagens de melhor renda mensal, de cobertura de seguridade social (riscos laborais e fundo de compensação familiar) e de vinculação direta do que aqueles que não atuam nessa área; essas diferenças são estatisticamente significativas. Aqueles que participam do trabalho assistencial apresentam maior porcentagem de profissionais com menos de dois salários mínimos e menor cobertura de seguridade social (riscos laborais e fundo de compensação familiar) em relação aos que não atuam na área; essas diferenças são estatisticamente significativas. (Anexo D Tabela 32)

Em relação ao nível de educação se observaram diferenças estatisticamente significativas, onde o grupo com formação pós-graduada apresenta as maiores porcentagens nos grupos com maiores rendas mensais, cobertura de aposentadorias e fundo de compensação familiar em relação àqueles que têm somente a graduação. (Anexo D Tabela 33)

Em relação ao tempo de egresso observam-se diferenças significativas em relação à renda mensal, o disfrute de férias e cobertura a fundo de compensação familiar onde quanto menor tempo de formado, menores porcentagens favoráveis. (Anexo D Tabela 34)

Em relação a sexo os dados mostram diferenças entre homens e mulheres no que se refere a rendas mensais, onde os homens estão mais representados no grupo com ingressos inferiores a 2 salários mínimos e naquele com mais de 4 salários mínimos. As mulheres têm maior presença no grupo entre 2 e 4 salários mínimos. Essas diferenças não são estatisticamente significativas (Anexo D Tabela 35)

Em síntese, os egressos da Universidad Nacional apresentam um predomínio de mulheres adultas jovens (menores de 40 anos), solteiras e na maioria dos casos sem dependentes formadas há menos de 15 anos, com formação em pós-graduação em um pouco mais da metade da amostra.

Os dados corroboram a diversidade de campos, áreas e setores, de forma que é inegável que o campo de atuação profissional se ampliou e que as ações incluem tanto atividades de assistência e reabilitação, com promoção e prevenção. Observa-se uma

porcentagem importante de profissionais que já não fazem assistência (aparente enfraquecimento das tradições assistenciais). Ficam evidentes as melhores condições salariais e de emprego no setor educacional, mas a expensas de uma jornada prolongada. Por outro lado, os dados mostram uma baixa permanência em todos os campos, considerando-se o tempo de dedicação, em consonância com as tendências de transformação do mercado de trabalho.

Os indicadores de emprego mostram que a prática é relevante, se se consideram os indicadores de absorção e emprego. Observa-se um padrão misto que combina o trabalho em IPS, prática em consultório particular e atendimento domiciliar; ainda que no caso deste último já se observe de forma importante a presença do trabalho assalariado. O setor que mais contrata, com amplo predomínio, é o setor privado.

Observa-se uma alta valorização da prática profissional por parte dos próprios fisioterapeutas, embora para eles essa valorização não seja favorável por parte da comunidade e do Estado.

O emprego se caracteriza pela má qualidade segundo variáveis tais como tipo e forma de contrato, tarifas, renda, jornadas, seguridade social, riscos e exigências. Ou seja, embora sendo uma prática relevante e em crescimento, paga-se pouco aos profissionais.

Em geral, na comparação com os dados nacionais, os indicadores primeiro consultante, definição de agenda e diagnóstico fisioterapêutico é mais favoráveis aos egressos da Universidad Nacional. As variáveis mais próximas das definições do sistema se apresentam com menores porcentagens em relação aos dados nacionais. Estes dados contrastam com a avaliação positiva dos entrevistados que qualificam como boas suas ações em termos de favorecer o desempenho profissional, o que contrasta também com outros estudos que mencionam cooptação da autonomia profissional e mercantilização dos serviços que está na raiz da legislação colombiana de saúde. Destes resultados se destaca o baixo nível de participação e organização corporativa dos fisioterapeutas.

Os dados permitem afirmar que a formação universitária e a prática profissional produzem um impacto na melhora da colocação social, segundo estratos, considerando a diferença do perfil de ingresso e o perfil dos formados estabelecidos neste estudo, e a possibilidade de possuir uma habitação, embora esta seja menor em relação a outros grupos profissionais do setor.

Além disso, em relação ao dado nacional o egresso da Universidade Nacional manifesta maior satisfação com o trabalho e satisfação de necessidades básicas e de lazer. No entanto, em menor proporção, ele está satisfeito com seu salário, com a preocupação da empresa com seu bem-estar e tem maior sensação de que o trabalho lhe deixa tempo para a vida pessoal.

A percepção do estado de saúde é em geral muito boa, mas contrasta com as porcentagens de questões de saúde que são muito superiores ao registro nacional, destacando-se as relacionadas com DME (desordens musculoesqueléticas) e transtorno do sono.

5.9 A visão dos formados de sua situação profissional e de trabalho

Os egressos da Universidade Nacional identificam com clareza o impacto de três blocos de política pública. O mais claro, o relacionado com o sistema de saúde, que identifica como ponto de inflexão a Lei 100 de 1993. O segundo, o conjunto da legislação trabalhista, cujo ponto de inflexão se identifica com a Lei 50 de 1990. E em terceiro lugar, em menor medida, eles identificam elementos do sistema relativo ao ensino superior.

Os graduados reconhecem o impacto das políticas na prática profissional particularmente no que se relaciona à organização dos serviços de saúde, por força das experiências vivenciadas como profissionais. Uma ideia claramente expressa refere-se ao fato de que, no contexto do atual sistema, o interesse prioritário é a rentabilidade e a obtenção de lucro. Os egressos identificam que no atual sistema sacrifica-se o conceito de saúde como um valor e como um bem para o ser humano em troca do interesse econômico. Nos discursos reconhecem que esta situação não é estática, mas que se foi transformando no tempo. Neste sentido, mencionam dinâmicas anteriores e identificam figuras como a do Seguro Social, centros de reabilitação de origem solidária, acesso gratuito aos serviços ou a prática profissional independente como situações mais favoráveis.

A partir dessa ideia central é possível agrupar uma série de dispositivos que garantem a citada rentabilidade: atenção por grupos, diminuição do tempo de atenção, padronização de processos através da exigência de uso de manuais, priorização das atividades administrativas que garantem a cobrança e a mais reiterada, o pagamento de baixos salários e baixas tarifas pelos serviços dos profissionais. Esta lógica não permite

a prática com qualidade, a oferta oportuna dos serviços, a integralidade, a atenção com especificidade, com o que os resultados e os impactos na saúde ficam claramente limitados.

Neste mercado em que a saúde foi transformada, passou-se de uma prática fisioterapêutica individual, de uma relação paciente terapeuta muito próxima em que havia tempo para conversar, para olhar a pessoas nos olhos, por exemplo, como fazem os estudantes que é o atendimento ideal, por isso no atendimento em que estou hoje as pessoas gostam de ser atendidas pelos estudantes, porque é um estudante que está 45 minutos com a pessoa, que a acompanha e encaminha no processo, o que se observa paralelamente a isso é que os terapeutas com contrato estável a princípio se supõe que têm meia hora de atenção para o paciente e continua e continuam sendo condições ideais, se eu tenho meia hora para estar face a face com o paciente. Em outras instituições o que se vê é que entram seis pacientes ao mesmo tempo, a pessoa tem uma hora para o atendimento de seis pacientes, coloca-os em seus cubículos, e atende aos seis ao mesmo tempo, uma vez eu tive a oportunidade de ser atendida assim, me davam um folheto com os exercícios que tinha que fazer e me dão o aparelho para que eu mesma faça a massagem, e a relação terapeuta paciente já não existe.... enquanto isso ele (o fisioterapeuta) faz as anotações clínicas porque assim que acabar a hora o relatório clínico tem que estar no sistema, entram outros seis e assim vai o dia todo (Grupo focal de egressos 1).

Os egressos referem de forma contundente que no contexto da atual organização do sistema, pressionados particularmente pela lógica do atendimento em grupos, em sessões curtas, sacrifica-se a abordagem integral do sujeito, da condição física e se limita a prática que integra o conjunto de habilidades adquiridas na formação. Na verdade, alguns relatos questionam a distância entre a lógica da formação no que se refere à abordagem integral e a realidade do mundo do trabalho, fazendo com que o conhecimento e as habilidades adquiridas pareçam pouco relevantes na lógica da organização atual.

Neste sentido, as atividades de avaliação, diagnóstico, indagação, reflexão, sistematização e investigação são rejeitadas. A abordagem individualizada e específica encontra barreiras quotidianamente na medida em que a prática profissional tende a reduzir-se a uma série de ações padronizadas que, com frequência, se identificam mais com um trabalho técnico que profissional. Os relatos expõem a preocupação dos profissionais com as limitações para um verdadeiro exercício profissional.

Por outro lado, surge a ideia da necessidade de mudanças no comportamento dos profissionais em face destas limitações, mas em todos os casos essa linha de reflexão aponta como alternativa deixar a oferta direta de serviços e priorizar a atuação como intermediário, identificando o que se define como “nichos de mercado”, referindo-se a grupos populacionais e necessidades, que na lógica atual têm boa aceitação econômica. Esta proposta não desconhece que, mesmo assumindo a intencionalidade de uma prática profissional centrada na intermediação, o sistema impõe-lhe limites tanto pelas formas de pagamento dos contratos das seguradoras aos provedores, como pelo fato de que existe uma lógica centrada em práticas não transparentes para o encaminhamento dos pacientes ou para a definição dos provedores de serviços no caso de contratos por volume com as seguradoras. Assim, é comum a ideia de que montar uma empresa não é um processo seguro nem rentável, se não se conhecem as dinâmicas de funcionamento do sistema; e em face disto, se invocam as limitações da formação no campo da administração de serviços. Outro fator de destaque se refere ao fato de que a lógica do sistema condiciona a ação do profissional à realização quase obrigatória de parcerias com profissionais médicos, os quais têm um papel de autoridade e de maior legitimidade no interior do sistema, como, por exemplo, na aprovação do pagamento de serviços.

Nos relatos não se observa um discurso claro de resistência ou transformação desse estado de coisas. Ao invés disso, reitera-se a necessidade de priorizar uma prática profissional “por fora” da lógica do sistema, no sentido de não aceitar o papel de assalariados que ele impõe ao profissional. Assim, ganha destaque a necessidade de compreender a lógica do sistema, para ocupar o lugar de intermediação na prestação dos serviços, como a chave para o sucesso. Em função disso não se explora, em nenhum sentido, qualquer possibilidade de uma dinâmica alternativa, pelo contrário, o que se observa é uma lógica de validação e de preservação das lógicas dominantes.

Em relação às políticas de emprego, admite-se o grande desconhecimento das normas trabalhistas, o que de alguma maneira explica os reiterados casos de profissionais que aceitam, mais por desconhecimento que por necessidade, formas precárias de contratação. No grupo focal os achados do componente quantitativo são ratificados em relação à precarização das condições de trabalho, destacando os baixos salários, as formas inadequadas de contratação, a sobrecarga de trabalho, o baixo reconhecimento e a baixa satisfação no trabalho. Nos discursos fica claro que esta

situação se deve ao impacto da intermediação na oferta de serviços, que tem sua correspondência nas formas de contratação indireta. Os egressos identificam melhores condições de trabalho no setor privado que no público e em áreas como a docência. Chama a atenção neste item o peso que adquire a categoria de gênero como um aspecto importante relacionado a piores condições de trabalho que são reforçadas tanto pela multiplicidade dos papéis da mulher, que competem com as possibilidades de seu desempenho profissional, o que as deprecia no mercado de trabalho, como pelas representações sociais em torno da mulher trabalhadora como de menor capacidade projetiva e como sujeito conflitivo.

Da mesma forma, identifica-se que o recém-formado está disposto a aceitar as condições de trabalho impostas e muitas vezes nocivas, tudo pela pressão de ter um emprego, ganhar dinheiro, sentir-se bem-sucedido. Posteriormente tem início um processo de resistência e tomada de consciência do cuidado consigo, de aproveitamento do tempo livre e de certa crise com a profissão; finalmente vem um período ou de aceitação ou de estabilização, no qual o profissional ganha um maior controle em relação ao que é sua projeção profissional.

É clara a ideia de que a profissão tem uma ampla e diversificada linha de projeção profissional. Com novos campos e áreas de possibilidades: na docência, na assessoria e gestão de projetos, e de outro lado as possibilidades nas áreas de saúde pública, saúde ocupacional, esporte e atividades físicas, estética entre outras. No entanto, a projeção em novos campos, com frequência, vem acompanhada pela falta de suporte legal e/ou social das ações profissionais, razão pela qual as condições inadequadas de trabalho são um indicador comum e presentes em áreas novas. Mesmo assim, considerando o conjunto das possibilidades fica claro que as condições de trabalho na área assistencial, a já referida sobrecarga de trabalho pelos altos volumes, a pressão do tempo, a falta de autonomia e reconhecimento somados ao baixo salário e a formas de contratação precárias, fazem deste campo o menos atrativo para o exercício profissional, embora ele continue representando um espaço desejado de projeção.

Neste aspecto sugere-se que um dos fatores responsáveis por esse enfraquecimento seja a falta de programas de pós-graduação nesse campo, uma vez que a maioria dos cursos de pós-graduação se desenvolvem nos novos campos e áreas emergentes. No entanto, em muitos destes cenários constata-se uma falta de clareza

entre a práxis de um profissional com graduação e a do profissional com pós-graduação, o que implica na falta de reconhecimento salarial e social destes profissionais.

Em relação à valorização social, a ideia mais comum gira em torno do desconhecimento pelo conjunto da sociedade do fazer profissional do fisioterapeuta, inclusive pelos grupos mais próximos como os demais profissionais da saúde. Uma segunda ideia está relacionada com o predomínio de um imaginário limitado da ação profissional, que vê a prática como mera atividade auxiliar da medicina, relacionada particularmente com o tratamento da dor e da limitação, com destaque para o uso da massagem e a aplicação de compressas quentes. Neste item se destaca o fato de que as referências de reconhecimento social favorável só se manifestam em relação ao grupo dos formados que desenvolvem atividades de docência, para os quais a valorização da profissão vem aumentando de mãos dadas com as novas áreas e com a ampliação de atividades como a pesquisa e a assessoria.

Contudo, a prática profissional é caracterizada pelos egressos como uma prática de baixa qualidade determinada pelo próprio sistema, com uma interação profissional-paciente distante e conflitiva, com perda de legitimidade social e profissional, insatisfação com o trabalho, ainda que reivindicuem um compromisso profissional com o desejo de poder prestar serviços.

Foram citadas situações de tratamento diferenciado entre homens e mulheres, em que se percebe mais valorização para os homens, particularmente por sua maior capacidade de comunicação e de interação no interior dos grupos multidisciplinares. No entanto, para alguns participantes as diferenças de tratamento obedecem a situações de flerte e assédio contra os quais as mulheres profissionais tendem a impor distância. O destaque em relação a este aspecto é que ele foi identificado inicialmente por parte dos profissionais homens. Poucas vezes as mulheres validaram o peso dessa variável em relação à valorização social.

Em termos de identidade dois aspectos se destacam. O primeiro se refere ao fato de que entre os profissionais está claro que a prática está ligada a valores tais como: “paixão pelo serviço”, “o contato com as pessoas”, aspectos que acabam alimentando níveis de satisfação com o que se faz, apesar das múltiplas dificuldades. O segundo, muito relevante, é a presença em todos os grupos focais de um imaginário segundo o qual um aspecto que explica as dificuldades e as limitações nos vários temas abordados tem a ver com a presença majoritária de mulheres. Preconceitos em torno da ideia de

que mulher é mais competitiva, desleal, complicada, conflitiva, surgiram nos discursos das próprias mulheres, chegando, inclusive, a naturalizar-se biologicamente este tipo de comportamento no fato de ser mulher.

Em relação à autonomia profissional a indicação é de que ela encontra grandes limitações na atual lógica de organização que se fundamenta em três dinâmicas. A primeira é que o sistema favorece o controle do médico/especialista sobre a prática do fisioterapeuta ao sujeitar o pagamento de muitos procedimentos ao respaldo do primeiro. A segunda está relacionada com a lógica de organização dos serviços e áreas nas quais a direção geral está a cargo do médico especialista. A terceira se apoia em uma lógica de desestimular a realização de processos centrais para a prática profissional tais como a avaliação e o diagnóstico que não têm reconhecimento tarifário diferenciado. A isto se soma uma prática social que prevalece na qual o profissional médico remete pacientes indicando os procedimentos a serem seguidos; uma prática não regulamentada, mas validada por alguns profissionais.

No entanto, foram referidas experiências que podem ser consideradas de resistência, no sentido de que operam em outra escala de valores e, inclusive, acabam projetando lógicas organizacionais diferentes das impostas pelo modelo da Lei 100. Neste sentido, no campo assistencial, foram feitas referências a situações que se diferenciam por relações com outros profissionais e especialistas centradas no bom trato, acessibilidade, proximidade, horizontalidade nas relações e lógicas de mútua aprendizagem. Em outro sentido, destaca-se a possibilidade de conceber ofertas de serviços preventivos com destaque para a abordagem da população sadia, a possibilidade de contar com um tempo adequado de avaliação e atenção, o que mostra que apesar das limitações do sistema, em alguns campos e para alguns atores, particularmente os empresários no contexto do Sistema General de Riesgos, é possível desenvolver outro tipo de experiências. Neste mesmo sentido se destaca o trabalho de assistência domiciliar particular, como espaço para projetar uma visão e uma abordagem integral do ser humano.

Em relação à participação e à organização, as referências dos egressos se movimentam em duas lógicas. Por um lado reconhecem a importância da associatividade como mecanismos para melhorar o desenvolvimento da profissão e sobre tudo da prática. Por outro lado, identificam condições individuais, grupais e estruturais que limitam essa associatividade. Nas primeiras se expressa o predomínio de

lógicas individualistas e de interesse particular que não favorecem o participar e o construir projetos coletivos, a expectativa é de receber benefícios diretos e falta informação e educação sobre direitos e deveres de cidadania que estimulem a ideia de coletivo; nas condições grupais, destaca-se o peso do gênero uma vez que, dados os múltiplos papéis e a sobrecarga de trabalho, é mais difícil para as mulheres, responsáveis pelo cuidado do lar e dos filhos, participar ativamente dos movimentos associativos, além da reconhecida debilidade das organizações sindicais existentes, as experiências negativas anteriores de quem quis participar, a falta de lideranças e ao mesmo tempo a existência de lideranças de perfil individualista que pararam no tempo não favorecem a renovação; e, finalmente nas estruturais, os aspectos de organização do sistema que estimulam o trabalho com outros profissionais, mas não com os próprios colegas, o que não favorece o reconhecimento e o trabalho conjunto no interior das organizações, pelo contrário, o valor que se promove é o valor da competição.

Em termos de qualidade de vida, os profissionais se movimentam em torno de duas ideias divergentes. Por um lado se expressa claramente a satisfação com o exercício profissional enquanto possibilidade quotidiana de se sentir útil e valorizado por seus pacientes e pelos familiares deles, o que gera bem-estar, mas este sentimento contrasta com a insatisfação com o trabalho particularmente pelas formas de contratação, os baixos salários, a longas jornadas, atendimentos de pacientes avulsos que se traduz em jornadas adicionais, substituições e toda e qualquer atividade complementar que contribua para aumentar a renda. Os egressos se veem num círculo vicioso no qual, dadas as más condições de emprego, não lhe é possível ter acesso aos bens materiais e às condições necessárias para uma vida adequada, razão pela qual ele aumenta a jornada de trabalho e, embora aumente sua renda, esta decisão afeta sua qualidade de vida em termos de convívio com sua família e reduz os espaços de lazer e recreação, assim como o desenvolvimento de outras atividades de seu interesse. O egresso se sente com frequência como vítima de uma situação que vai além de seus limites e afeta demais sua qualidade de vida. O sentimento mais comum é de frustração e desesperança.

Existe uma ideia compartilhada no sentido de que a prática profissional é acompanhada por um alto desgaste físico e mental que está relacionado de forma muito clara com a quantidade de pacientes, com a pressão do tempo, o relacionamento com as famílias e as precárias condições de trabalho que levam o profissional ao sobrecarregar-

se em número de empregos, tarefas e estratégias de atendimentos eventuais. Surgem as doenças musculoesqueléticas e alterações psicossomáticas. Também se alude à presença de limitações funcionais em idade precoce como resultado do perfil de morbidade.

No caso das políticas de educação os participantes dos grupos focais destacam o fato de que elas emanam de outros contextos e se orientam por critérios de qualidade, integralidade, interdisciplinaridade e avaliação que não foram suficientemente esclarecidos e que os docentes assumem sem maior reflexão ou análise. Cita-se a existência de processos de pós-graduação em campos que ainda estão marcados por um imaginário sobre o papel da fisioterapeuta da graduação, como é o caso da Saúde Ocupacional, que se restringe ao desenvolvimento da ginástica laboral e as pausas ativas. Isto requer um trabalho a partir da própria academia.

Os egressos valorizam bem a educação como mecanismo que permitiu uma melhora relativa em sua colocação social e na realização de um projeto de vida. No entanto, identificam uma importante defasagem entre o esforço despendido para a formação e o reconhecimento no campo de trabalho. Dentre os aspectos ligados a esta situação se destacam o crescimento na oferta de formação de qualidade muito deficiente, o que implica muitas vezes que os egressos da UN compartilhem o mesmo espaço profissional com profissionais formados em outros cursos, com os quais eles têm pouca identidade quanto aos critérios e ações de prática profissional e que, em sua opinião, têm uma atitude permissiva em relação a situações inaceitáveis na prática profissional.

Embora reconheçam que a formação lhes permitiu identificar os novos campos profissionais, eles estabelecem duas limitações neste processo. Em primeiro lugar, a presença da profissão nesses campos muitas vezes obedece a uma lógica de maiores oportunidades de trabalho, sem que isso garanta o desenvolvimento de elementos de identidade profissional que definam claramente seu papel em relação ao objeto disciplinar. Em segundo lugar, a presença dos profissionais nesses novos campos não foi acompanhada por mudanças ou adaptações nos regulamentos correspondentes, razão pela qual eles apontam uma defasagem entre as atividades desenvolvidas e o reconhecimento econômico e social do seu desempenho já que para isso se utilizam manuais e disposições nos quais o perfil do fisioterapeuta não é considerado. Em paralelo à priorização dos novos campos identifica-se que a formação nas habilidades

do trabalho assistencial se enfraqueceu. Além disso, os cursos de formação não contribuem para aumentar a visibilidade da profissão.

Entre as lacunas identificadas se destacou em geral: a ausência de formação para a prática a partir da compreensão das formas de organização da mesma, seja como assalariado, empresário ou profissional liberal no sentido da identificação e compreensão de elementos do contexto e as relações sociais que a definem; a fraca presença no que diz respeito ao desenvolvimento tecnológico; uma preparação pobre face à intromissão de outras profissões; e, finalmente, uma débil formação no componente de identidade e agremiação.

O grupo de egressos vê como necessária, natural e praticamente obrigatória, a formação pós-graduada e a educação continuada, como requisitos para melhorar as oportunidades e condições do exercício profissional. No entanto, os grupos concordam com a ideia de que, como no caso dos novos campos, as áreas que se aprofundam são geralmente definidas por uma lógica de mercado e não como reflexo do desenvolvimento disciplinar e, de fato, com frequência, a oferta é interdisciplinar. Isto explica a mínima oferta disciplinar particularmente nas áreas assistenciais. Por outro lado, há um consenso claro no sentido de que a formação pós-graduada não tem um reconhecimento diferenciado no mercado de trabalho, particularmente fora do trabalho docente. Quanto à educação continuada, trata-se de um território dominado por todo tipo de oferta, sem muito controle em termos de qualidade e idoneidade, e no qual o programa da Universidade Nacional, particularmente, não tem uma tradição de oferta.

Quadro 6. Situação atual da prática profissional. Principais achados

Categorias	Subcategoria	Indicadores	Achado
Organização e divisão do trabalho	Políticas e sistemas	Valores, estrutura e processo.	Domínio da lógica de mercado em contraposição ao conceito de direitos em saúde. Perpetuam-se lógicas de dominação das seguradoras sobre os provedores e entre estes, dos médicos nos processos de atenção.
	Valorização social da profissão	Entre pacientes, colegas, outros profissionais, comunidade, família, políticas.	Boa autovalorização e dos usuários e famílias, mas baixa valorização por parte da comunidade e do estado. Má qualidade nos serviços que afeta os resultados em saúde e a valorização.
	Condições sociais do desempenho	Campos e Áreas de desempenho. Setor. Cenário da prática. Atenção domiciliar. Ciclos vitais de intervenção.	Novos campos segundo lógicas do mercado e não por necessidades sociais ou desenvolvimentos disciplinares. Prevalece a lógica de assalariamento precário e busca-se controlar a prática independente tanto em consultório como domiciliar. Desestimula-se a prática assistencial.
	Qualidade de vida	Usufruto de bens materiais, satisfação pessoal e no trabalho.	Baixa satisfação no trabalho e baixa qualidade de vida.
	Condições de saúde /doença	Impacto sobre as Condições de Saúde.	Perfil de saúde crítico – doença com predomínio de DME e doenças psicossomáticas, impacto na saúde com limitações funcionais.
Hierarquia	Condições de trabalho	Qualidade do emprego e organização das tarefas	Lógica dominante das seguradoras e dos intermediários da oferta. Baixa qualidade nas condições de emprego, em particular por formas de contratação precárias, baixa renda, instabilidade, jornadas prolongadas, limitação da autonomia profissional. Diferenças por formação, campo e tempo de formado
	Identidade, participação e organização	Relação entre colegas, primeiro consultante, definição de agendas, de sessões, autonomia. Participação e organização.	Baixa identidade grupal, preconceitos, submissão por questões de gênero. Baixa participação e organização corporativa também relacionada às limitações impostas pelos papéis de gênero. Pouca credibilidade e habilidade para o trabalho coletivo
Fragmentação	Unidade de objeto	Desenvolvimentos disciplinares, prática integral	Práticas fragmentadas, protocolizadas e mercantilizadas. Fraco desenvolvimento em pesquisa.
Desqualificação	Escolaridade e educação permanente	Reconhecimento profissional e de trabalho	Baixo reconhecimento do perfil profissional. Não há reconhecimento da formação pós-graduada. Não há diferenciação das competências profissionais por campos e por nível de formação.

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO 6. O PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE COLÔMBIA. UMA LEITURA A PARTIR DE DOCENTES E ESTUDANTES.

Como já foi apresentado o curso de formação em Fisioterapia da Universidade Nacional de Colombia é um curso com longa trajetória e reconhecimento nacional e internacional. Ele passou por um processo de acreditação e outro de reacreditação sendo classificado como de alta qualidade.

Em termos de avaliação interna, a universidade implementou no ano de 2011 o Sistema de Avaliação Docente Integral para Melhoramento – EDIFICANDO – (Universidad Nacional de Colombia, 2011). Este sistema permite realizar um acompanhamento dos últimos quatro anos a partir de 21 perguntas que indagam sobre três domínios explicativos e um de conclusão: humano-social-cidadão, pedagógico-didático, disciplinar-profissional e de efetividade ou impacto educativo, informação que permite caracterizar alguns dos aspectos de interesse para esta tese e que serão apresentados ao longo deste capítulo, em diálogo com a pesquisa qualitativa, feita a partir da realização de 12 entrevistas semiestruturadas com docentes do curso de Fisioterapia da Universidade Nacional de Colombia e de cinco grupos focais com estudantes dos 3º, 5º, 7º e 9º semestres.

6.1. Valores e significados promovidos pelo programa de formação

A intenção de uma análise crítica da proposta educacional do curso de Fisioterapia da Universidad Nacional de Colombia parte da ideia de que por trás dos processos existe uma intencionalidade, na forma de valores, que dá sentido à ação, com o que se busca questionar e desnaturalizar os próprios processos em sua essência. Parte-se do pressuposto de que os fatos nunca podem ser isolados do domínio dos valores ou separados de alguma forma de adesão ideológica. Neste sentido, interessa identificar os valores e significados que envolvem os processos principais: educação e prática profissional.

No caso do curso, o documento Programa Educativo Institucional (PEI) estabelece que ele busque, a partir de conhecimentos científicos sobre o movimento corporal humano, propender pelo crescimento disciplinar e profissional a partir de estimular no estudante uma estrutura lógica de pensamento que lhe permita abordar a

investigação como um processo contínuo, propiciar um sentido de autonomia frente aos processos de ensino-aprendizagem, fomentar valores e princípios tais como a solidariedade, a liberdade, a tolerância, a igualdade, o respeito, a honestidade, a sensibilidade e a responsabilidade; estimular no educando o sentido da ética em cada uma de suas ações, de maneira que se trabalhe por uma sociedade mais equitativa, em última análise, ser agente da mudança social, capaz de atuar qualificadamente para melhorar a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Chama a atenção que a definição de certa intencionalidade se faz num sentido prescritivo, sem uma vinculação com a realidade concreta, nem com uma definição específica frente à dita realidade que permita, por exemplo, associar o objeto e o fazer profissional com a própria realidade.

Na investigação junto a docentes e estudantes mediante entrevistas semiestruturadas e grupos focais, os discursos permitem identificar dois enfoques: o do dever ser desejado e o real.

No primeiro enfoque é notória a tendência tanto entre docentes como entre estudantes, mais nestes últimos, de adotar a ideia comum que identifica a educação como um mecanismo de ascensão social baseado no mérito, no sacrifício e no compromisso. Neste sentido, a educação e o êxito nela se circunscrevem ao nível das possibilidades e capacidades individuais. De maneira particular, se reconhece que o ingresso na universidade é um mecanismo de seleção entre aqueles que têm capacidade e aqueles que não têm, mecanismo que permanece ao longo da carreira e que ao final garante que só obterão o título aqueles que tiverem demonstrado essas capacidades especiais.

No segundo enfoque a ideia prévia se relativiza ante a lógica dominante que organiza o processo educativo e que se caracteriza pela oferta de muitos cursos com pouca qualidade. Nesta versão dos professores há cursos de primeira e de segunda, o que deve ser interpretado como a causa das desigualdades na educação e que, em última instância, incide no reconhecimento na prática profissional.

Elaboração própria

Figura 1. Valores e significados promovidos pelo programa de formação. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional de Colômbia, 2014.

No caso particular do curso da Universidade Nacional, os discursos de ambos os grupos reconhecem que a formação se choca com um cenário muito adverso para o qual o próprio processo de formação poucas vezes os prepara, os adverte ou sugere dinâmicas alternativas a essa realidade. O choque se dá em dois níveis: aspirações e possibilidades reais de desenvolvimento econômico e impacto social (renda, pagamentos, estabilidade, pertinência com os problemas reais), e profissional, como projeção para o futuro. O discurso dos docentes consegue identificar com precisão as limitações desta formação em que se forma “para o sistema”, o qual define conteúdos de acordo com os serviços e atividades priorizadas, o relacionamento entre a graduação e a pós-graduação, onde se observa uma tendência de empobrecer a graduação e transpor conteúdos para a pós-graduação sem um adequado desenvolvimento disciplinar e finalmente o tipo de intervenções. Os estudantes identificam conteúdos práticos no fazer profissional e desde o contexto do sistema de seguridade social vigente, porém, sem perspectiva crítica; assim, por exemplo, em Farmacologia lhes ensinam os medicamentos contidos nos pacotes de benefícios, suas limitações e as alternativas que devem ser indicadas aos pacientes para sua compra com o dinheiro do próprio bolso, sem chegar a problematizar a lógica que sustenta essa organização; prioriza-se a informação sobre direitos e se indicam mecanismos de encaminhamento para superar as barreiras ao acesso, mas não se problematiza a própria estrutura, com o que não se abre caminho para a possibilidade de construção de alternativas a partir do próprio fazer disciplinar.

Além disso, o estudante reconhece que as referências ao tema trabalho sempre vêm carregadas da ideia de que serão eles, com suas capacidades individuais, que deverão superar as dificuldades impostas pelo campo de trabalho, priorizando a ideia de autonomia para poder resistir a ofertas degradantes, porém, sem abordar o entendimento do próprio mercado de trabalho, de maneira a tornar possível outra perspectiva de incidência sobre o mesmo.

Por outro lado, os estudantes chamam a atenção para algumas experiências que os convocam para outra lógica, na educação orientada para a ideia de desenvolvimento integral e autonomia, onde a própria prática profissional pode ser ampliada e em que se estimula o pensamento crítico. Neste sentido, embora os resultados do Sistema de Evaluación Docente Integral con Fines de Mejoramiento –EDIFICANDO– indiquem

que entre 2011 e 2014, 83,73% dos estudantes valorizaram que o docente estimule no estudante a argumentação ou reflexão crítica, este item não aparece como um indicador consistente no período e somente supera a média de Faculdade em dois dos oito semestres avaliados. Têm maior destaque os resultados do indicador que indaga se o docente estimula a aquisição de ferramentas para a aprendizagem autônoma, que obtém uma média de 86,35% de respostas afirmativas no período, com quatro semestres com média superior ao da Faculdade, mas apresenta uma tendência de diminuição a partir do segundo semestre de 2013. Nos grupos focais os estudantes destacaram que com frequência percebem contradições, em suas próprias palavras, se faz a análise crítica, mas pouco se constroem alternativas concretas, assim existe um discurso crítico e um fazer que reproduz aquilo que se critica. Os estudantes cobram a necessidade de que o processo de formação vá mais além da análise crítica, identificando e realizando experiências de transformação nas quais se incentive a própria autonomia do estudante. Esta foi uma referência reiterada, particularmente em contextos de prática.

A ideia da educação como um negócio aparece especificamente nos discursos dos docentes ao identificarem os aspectos estruturantes que definem a organização do curso, tais como competências, créditos, flexibilidade e internacionalização. Neste contexto o grupo docente considera que os processos de reforma respondem fundamentalmente a aspectos externos ao curso, provenientes das diretrizes da Universidade que, por sua vez, têm grande influência das tendências internacionais, e não a processos do Curso. São lógicas impostas que buscam implantar perspectivas e linguagens comuns vinculadas aos conceitos de qualidade, mobilidade, flexibilidade, interdisciplinaridade, "transcurricularidade" e aos quais o grupo docente se amolda, sem modificar substantivamente seu currículo. Neste contexto se identifica que os processos de acreditação e reacreditação, como dispositivos de qualidade, têm como elemento positivo o fato de ordenarem os processos, mas são percebidos como atividades "feitas sob pressão" com pouco tempo e sobrecarga de trabalho e não como um processo contínuo. Os planos de melhoria que deles derivam, com frequência, não contam com os recursos de suporte necessários, nem se realiza um acompanhamento sistemático dos mesmos. Assim, as reformas são concebidas como uma linha de continuidade e desenvolvimento da ordem estabelecida, limitando com isso o aparecimento de processos de transformação real, fruto da análise crítica frente à realidade existente, a

partir do qual se possa compreender melhor as múltiplas relações e as implicações entre a prática profissional e a educação, como um elemento essencial para o desenvolvimento dessa última.

Ao anterior soma-se o fato de que, validado o peso da geração de conhecimento para o desenvolvimento disciplinar – que para os docentes significou dar prioridade à investigação sobre o ensino – se manifestam referências que são limitações para o desenvolvimento de um pensamento alternativo, tais como o peso persistente do paradigma positivista do conhecimento sobre a interpretação do objeto disciplinar, a lógica que impõe as relações com outras disciplinas como a Medicina, o peso das dinâmicas organizacionais na clínica, frente às quais se reflete pouco e, em consequência, não se oferecem perspectivas alternativas. Como resultado do processo em seu conjunto, embora se tenha ampliado a oferta de formação permitindo uma diversificação ao longo do processo de formação em consonância com as atuais áreas de atuação profissional, também se evidenciam retrocessos em função do retorno da “patologização” em alguns componentes da formação, assunto que se reflete num currículo “dividido” ou fragmentado que será problematizado posteriormente, uma frágil pertinência e a pouca incidência nos processos de desenvolvimento da disciplina e da profissão. Torna-se evidente uma lógica que prioriza o fazer como reprodução de habilidades eminentemente técnicas, sobre o analisar/compreender/propor. Na perspectiva de alguns docentes houve um retrocesso no processo de desenvolvimento disciplinar, enquanto se evoluiu no contexto político, mas não se contou com o mesmo desenvolvimento disciplinar ou de projeção profissional.

Contudo existe uma avaliação da formação oferecida pelo curso de Fisioterapia da Universidade Nacional, que se reafirma nos resultados do Sistema de Evaluación Docente Integral con Fines de Mejoramiento –EDIFICANDO – que indicam que entre 2011 e 2014, à pergunta se o docente transformou a maneira de pensar, sentir ou atuar do estudante em relação às atividades realizadas, na média 77,97% responderam afirmativamente e as porcentagens médias de cada semestre foram superiores à média de faculdade em 6 dos 8 semestres avaliados, referenciando uma certa estabilidade na avaliação. Do mesmo modo, 45,93% dos estudantes qualificam o desempenho dos docentes como muito alto, enquanto 42,40% o qualifica como alto. 11,67% o qualificam como baixo ou muito baixo.

6.2. Organização do currículo

O Acordo 033 de 2007 do Consejo Superior Universitario estabelece as diretrizes para a formação de estudantes na Universidade Nacional de Colombia, fundamentadas nos princípios da excelência acadêmica, formação integral, contextualização, internacionalização, formação investigativa, interdisciplinaridade e flexibilidade; adota-se o regime de Créditos Acadêmicos ⁴¹ para medir o tempo requerido ao estudante para cumprir com os objetivos das disciplinas obrigatórias, e para facilitar a homologação das mesmas e a mobilidade dos estudantes entre programas nacionais e internacionais.

O mesmo acordo organiza o Plan de Estudios en Componentes de Formación, entendidos como conjuntos de disciplinas obrigatórias com um objetivo de formação específica. Assim, os Planos devem ter um Componente de Fundamentação, que trata principalmente da contextualização dos saberes, um Componente Disciplinar ou Profissional, próprio e característico da essência da carreira, incluindo o Trabalho de Graduação, e um Componente de Livre Escolha que, como uma ferramenta para a formação integral, inclui situações de contexto, de empreendimento, de responsabilidade social, de investigação, de aprofundamento e de extensão.

Um dos princípios de maior relevância é o da flexibilidade. O Acordo propende a que (i) esteja presente em todos os componentes do Plano, (ii) obriga que o Componente de Livre Escolha seja no mínimo 20% do total de créditos do Programa Curricular e (iii) aponta para a diminuição de requisitos e pré-requisitos. Com isso ele pretende dar ao estudante um nível de autonomia suficiente e a responsabilidade para escolher os temas e trajetórias acadêmicas que mais se aproximem de seus interesses de formação e investigação.

Deve-se destacar também que o Acuerdo 033, no que denomina “estratégias de formação”, introduz novas políticas e modifica outras existentes. Dentre as novas políticas cria-se um componente de nivelamento para os novos alunos que apresentem deficiências em uso de línguas estrangeiras – quatro níveis de inglês –, leitura e redação e matemática. Também introduz a possibilidade da dupla titulação na mesma

⁴¹O crédito acadêmico corresponde a 48 horas de trabalho do estudante, incluindo o período presencial e o não presencial.

Universidade ou em convênio com outras, nacionais ou estrangeiras, para estudantes com desempenho muito destacado. Além disso, com o objetivo de articular graduação e pós-graduação, oferece-se a oportunidade de trânsito de um para outro, diminuindo os tempos estipulados para cada um desses programas.

Das entrevistas e grupos focais se destaca como primeiro elemento a não convergência das avaliações em relação à organização curricular. Em geral o docente tem uma opinião melhor sobre os aspectos de organização do currículo. Os discursos dos alunos conseguem identificar pontos fortes e fragilidades.

De maneira articulada, ambos os atores coincidem em afirmar que o fato de pertencer à Faculdade de Medicina é um aspecto que incide sobre a lógica de organização do curso e do currículo. Para os docentes este aspecto traduz uma lógica subalterna nas relações e na dinâmica quotidiana, que é alimentada pelo peso profissional e de gênero da Medicina e que não se observa o mesmo na relação do curso de Fisioterapia com os outros três programas da Faculdade (Nutrição, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional). Isto impacta, por exemplo, na participação do grupo nos cargos de direção da Faculdade, onde se fez aceito em níveis de segunda ordem. Para os estudantes as relações de hierarquia são vividas quotidianamente no desenvolvimento do processo de formação: tratamento diferenciado de temas, mudanças de horários, jornadas, conteúdos, cronogramas, limitação no uso do anfiteatro e no desenvolvimento de aulas programadas, segundo a dinâmica de Medicina, à qual o estudante de Fisioterapia deve se ajustar.

Elaboração própria

Figura 2. Organização do currículo. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional de Colômbia, 2014.

Este tratamento é mais visível entre o 1º e 3º semestres, quando uma quantidade significativa de disciplinas obrigatórias é assumida pelos departamentos de Medicina, mas ele não desaparece, posteriormente, nas clínicas. Em relação aos conteúdos essas disciplinas dos primeiros semestres, com frequência, não têm um referencial disciplinar, sendo em alguns casos genéricas e distantes e, em outros, impondo um referencial não pertinente.

No entanto, para os estudantes existe diferença de comportamento entre estudantes e docentes de Medicina. Os primeiros com frequência reconhecem o saber específico e a capacidade do estudante de fisioterapia, nos semestres intermediários, em alguns temas e é frequente a solicitação de apoio para aspectos relacionados com a biomecânica corporal e a avaliação do movimento. Isto desaparece no ambiente hospitalar.

Um aspecto foi destacado nos grupos focais. Apresentam-se situações de violência de gênero, na forma de linguagem displicente, tratamento diferenciado em relação a conteúdos e nível de complexidade e assédio sexual por parte de docentes tanto de outras faculdades como de Medicina. Os relatos permitem concluir que existe um importante grau de permissividade em relação a esta situação, considerando que nos casos de assédio sexual, as estudantes fizeram as respectivas denúncias junto às instâncias de bem estar, onde se lhes apresenta a impossibilidade de levar os processos adiante, uma vez que o único mecanismo de prova seria a acareação, na qual pressupõe-se o maior peso do professor frente ao estudante. Esse procedimento independe de que tenham ocorrido vários casos com os mesmos professores. Contudo, na Faculdade nunca se tratou do tema de maneira aberta nem se buscou construir um ambiente que sirva de contenção a estas situações. Este aspecto não apareceu na entrevista com docentes.

Este conjunto de situações evidencia uma “naturalização” de lógicas de domínio entre homens e mulheres que são reforçadas num ambiente também de naturalização do poder dos professores sobre os estudantes e dos médicos sobre as demais profissões da Faculdade.

Em termos da estrutura em si mesma, existe consenso na representação geral da organização: inicia-se pelo abstrato-teórico/conceitual e se avança para a especificidade disciplinar, com predomínio da concepção patologizante – disfuncional; e ao final se diversifica a visão e a oferta de projeções da prática profissional com as linhas de aprofundamento e pesquisa. O gráfico seguinte ilustra a caracterização que fazem, de maneira articulada, docentes e estudantes.

Fonte: Elaboração própria

Figura 3. Organização do Plano de Estudos. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional de Colômbia, 2014.

A partir disto podem ser identificadas como características do plano sua fragmentação e o controle débil por parte do corpo docente, em função do que o espaço

é ocupado pelas lógicas dominantes da Faculdade, particularmente da formação em Medicina, e das instituições com as quais se interage em cada momento. Evidentemente é possível observar ao longo de todo o currículo disciplinas, conteúdos, dispositivos pedagógicos e experiências que de maneira intencional ou não resistem a essas lógicas citadas. Essas experiências são claramente identificadas pelos estudantes tanto pelo enfoque conceitual, as ênfases, o próprio processo pedagógico, o tipo de relacionamento aluno-professor, mas, particularmente, por que se constituíram em boas experiências de aprendizagem. Neste sentido os resultados do Sistema de Evaluación Docente Integral con Fines de Mejoramiento –EDIFICANDO–, entre 2011 e 2014, que indaga se o docente favorece a conexão do que é tratado em outros contextos e com outros conteúdos do plano de estudos apresenta uma média para o período de 88,79% de respostas afirmativas, o que pode ser considerado adequado e que é superior à média da Faculdade em três dos oito semestres avaliados. No entanto os estudantes nos grupos focais caracterizaram essas experiências como isoladas e de menor peso no conjunto. A esse respeito os docentes reconhecem uma fragmentação do currículo e uma dificuldade de associar os conteúdos, particularmente da primeira metade do plano com contextos próximos da realidade e numa abordagem integradora.

Por outro lado, foi consenso entre estudantes e docentes o reconhecimento de uma “marca” própria do curso, qual seja sua preocupação com uma formação com compromisso social, entendido como vinculado aos problemas da realidade concreta no processo de aprendizagem, o que de alguma maneira é coerente com a natureza pública da Universidade. No entanto, se destaca a visão de alguns professores no sentido de que isto chega tarde com as práticas e frente às contradições sociais originadas por situações de injustiça e desigualdade que afetam a saúde e o bem-estar das pessoas, o processo identifica e problematiza, porém, não projeta ações concretas no contexto do fazer profissional. Neste sentido, os estudantes percebem e cobram do grupo docente a falta de coerência frente a esta perspectiva que implica, inclusive, limitar as iniciativas dos próprios estudantes frente a situações que enfrentam nos ambientes clínicos.

Os dados do Sistema de Evaluación Docente Integral, entre 2011 e 2014 permitem constatar um bom desenvolvimento do componente Flexibilidade; os resultados obtidos em relação às porcentagens de inscrição por componente eletivo e preferência para o período, em média, é de 22,92%, e com médias por semestre

superiores às da Faculdade. No entanto, na avaliação dos grupos focais, o componente de optativas é valioso, mas distante do objeto disciplinar já que muitas vezes nessas situações não se reconhece o que fazer profissional, o que limita o diálogo com outras disciplinas e enfoques. Ao invés disso os estudantes admitem plenamente sua utilização de forma pragmática, como um mecanismo para melhorar a média. A indicação é de que não há nenhum acompanhamento nem orientação a respeito por parte do curso. Isto, associado com as limitações de base impostas pela dinâmica anualizada da carreira faz com que, em geral, tenha-se uma má percepção do componente flexibilidade no Curso.

Em relação ao modelo de gestão há um consenso entre os docentes que destacam como aspectos marcantes a existência de um modelo individualizado e a ausência de uma visão estratégica. A tarefa de gestão formalmente falando é atribuída a um membro do corpo docente como uma tarefa a mais de sua carga de trabalho, mas não existe uma cultura nem procedimentos instituídos. Embora se conte com espaços de gestão curricular, do tipo comitê assessor ou mesmo reunião do corpo docente, os mesmos se concentram no acompanhamento operacional do currículo e suas novidades. Eventualmente situações problemáticas são tratadas e resolvidas, mas é clara a ausência de visão estratégica. Neste aspecto o grupo de estudantes destaca a pouca participação dos discentes na gestão propositiva do currículo. Sua participação se concentra em viabilizar decisões do corpo docente e comunicar algumas inquietações dos estudantes. As iniciativas projetadas não são reconhecidas pelo corpo docente, existindo um claro distanciamento entre uns e outros.

Em termos de tensões o grupo docente identifica principalmente a intencionalidade de uma formação orientada para a autonomia, criatividade e inovação que se choca com elementos impostos tais como o discurso da qualidade educacional que situa nas competências seu principal dispositivo, em relação ao qual o corpo docente expressa seu distanciamento por considerá-las centradas em resultados e não em processos, no fazer, com o que não favorecem o equilíbrio entre saber e fazer, não dialogam com a ideia de desenvolvimento humano, nem com a autorrealização no processo educacional. No entanto, se reconhece sua presença na organização do currículo numa lógica imposta que hoje não é questionada nem substituída por outra perspectiva. Entre os docentes não há consenso sobre o peso que as competências têm,

sendo para alguns um discurso formal que não interfere nos processos, enquanto que outros acham que é o discurso das competências que orienta o currículo.

Além disso, identificam-se como elementos de tensão o peso das guias de prática e a lógica das decisões baseadas em evidência, no processo de formação particularmente nas práticas.

Finalmente, é recorrente entre estudantes e docentes o peso estrutural em todo o componente de organização do currículo do aspecto relacionado com o quadro docente. Neste sentido, os discursos dos docentes conseguem relacionar os avanços no desenvolvimento do currículo com o predomínio de determinadas formas e tipos de contratos, destacando aqueles de maior status e maior jornada. Hoje o desenvolvimento do programa se caracteriza pela existência de um quadro docente congelado, o que limita qualquer possibilidade de modificação da anualidade do programa, desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão dada a necessidade de cobrir a carga de docência, e impõe uma sobrecarga às jornadas docentes e a formação de “grupos” de acordo com o tipo de contrato; isto se traduz numa certa divisão do corpo docente entre os professores com dedicação exclusiva e tempo integral e professores de cátedra (horistas), o que afeta a dinâmica do trabalho coletivo.

Esta situação é corroborada pelos resultados do Sistema de Evaluación Docente Integral, entre 2011 e 2014, que mostram o predomínio de baixas intensidades de contato dos docentes com os estudantes (50% com 1 a 48 horas no semestre, 35% de 49 a 96 horas por semestre e 15% com mais de 96 horas), enquanto 75,14% dos estudantes consideraram que o docente sempre preparou adequadamente as atividades, e tão somente 56,3 consideraram que o docente sempre dedicou tempo suficiente para orientação, assessoria e para esclarecer dúvidas durante todo o período. Estes fatos refletem um aspecto central na organização do currículo, relacionado à restrição dos tempos docentes disponíveis.

Os discursos tanto dos docentes como dos estudantes destacam: a dificuldade de tirar mais proveito da contribuição dos docentes com contrato temporário; o suporte para formação continuada docente que têm ênfase em educação e pedagogias, mas que se move no âmbito de interesses e perspectivas individuais; o fato de que em todo caso se reconhece a UN como um dos melhores empregadores em docência universitária; o grau de satisfação do trabalho docente que junto com o status por ser docente “da

Nacional” é um estímulo. Por tudo isso, fica evidente que há questões que não podem ser explicadas pelas limitações da contratação, tais como a capacidade limitada do trabalho coletivo e de incorporação de novidades ou atualizações ao que já existe, a falta de institucionalização de iniciativas individuais, a resistência à mudança, a pouca permeabilidade às propostas do corpo docente. Finalmente, destaca-se o fato de que não existe um perfil docente, mas que a habilidade se constrói no processo da docência.

6.3. Conteúdo do currículo

Os documentos que contêm a atual proposta do programa resgatam três aspectos centrais como elementos ordenadores na definição do conteúdo curricular: integralidade, flexibilidade e interdisciplinaridade. Além disso, os documentos reivindicam a urgência de novos paradigmas ante as limitações do positivismo para compreender o movimento corporal humano e destacando uma maior inclusão das ciências sociais e humanas.

Fonte: Elaboração própria

Figura 4. Conteúdo do currículo. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional de Colômbia, 2014.

Em relação à integralidade, os docentes e estudantes coincidem em reconhecer que apesar dos discursos inovadores o programa se orienta a partir de uma visão do corpo que é biológica, funcional e patológica, que o fragmenta, descontextualiza no tempo e espaço e finalmente nega-o em sua integridade e complexidade. Esta visão define em grande parte os conteúdos do currículo ao longo do processo de formação e a partir dela se estabelecem os processos centrais de avaliação, diagnóstico, prognóstico e intervenção – interação. Inclusive alguns docentes consideram que apesar das várias reformas, as mudanças, quanto ao conteúdo do currículo e oferta de novas disciplinas, são mínimas.

Isto não nega que o programa teve mudanças, particularmente com o surgimento de novos temas e cenários, os quais pelo menos aos olhos dos estudantes se apresentam como possibilidades amplas para o exercício profissional e de sua realização pessoal, mas que no contexto da análise feita "vai-se para o novo com roupa velha". Assim, se aborda o comunitário para patologizá-lo, não para compreendê-lo em sua dinâmica e complexidade; articula-se o movimento no âmbito escolar numa lógica "preventivista" e centrada no risco; aborda-se o trabalho para garantir a lógica da produtividade e não para questionar as estruturas que negam o desenvolvimento humano; e se trabalha na inclusão numa lógica compensatória que não consegue questionar as raízes profundas do tratamento diferenciado que nega a dignidade e a igualdade como fundamentos do humano.

Os discursos tanto dos docentes como dos estudantes explicitam ausências claras nos conteúdos, destacando aspectos relacionados com a identidade corporativa e as atitudes favoráveis frente à agremiação profissional. Em uma perspectiva mais instrumental se identificam lacunas no uso do desenvolvimento tecnológico, em conhecimentos administrativos e na abordagem de certos grupos populacionais, particularmente infância e idosos. Destaca-se por parte dos estudantes a ausência de formação em conhecimentos básicos em temas relacionados a direitos trabalhistas, formas de contratação, mecanismos de organização corporativa, entre outros. Contudo se constrói uma ideia de formação sólida em assuntos disciplinares, mas limitada, pouco pertinente e pouco prática na hora de enfrentar as condições em que a prática é realizada. Da mesma forma são apontadas fragilidades na abordagem de temas que, embora sejam de interesse epidemiológico não são de interesse da organização do

sistema, caso do atendimento a pacientes com limitações ou sequelas por queimaduras ou o atendimento de pacientes com câncer.

De um ponto de vista mais estratégico e considerando o lugar atribuído na estrutura à área de desenvolvimento humano como “fundamento e projeção do programa curricular” a lacuna mais notória identificada por ambos os grupos tem a ver com a ausência de reflexão e construção em torno dessa categoria e a ausência total da mesma no currículo. Identificam-se outros vazios transversais como é o caso de uma perspectiva de gênero e de classe social que se relaciona com o reconhecimento do sujeito discente e do componente interprofissional. Em relação a este último o estudante explicita que ele é preparado para responder às demandas do médico, por exemplo, nos *rounds* nas enfermarias ou em estudos de caso clínico, porém são poucas as experiências nas quais o estudante se assume como protagonista. Ele espera ser chamado, indagado e aprovado pelo médico no ambiente clínico.

Os estudantes questionam claramente o comportamento de alguns docentes que se dobram em relação a outras profissões e com a estrutura organizada das instituições que ignoram o papel do profissional e que impõem estas lógicas aos estudantes, limitando suas experiências no exercício do seu papel e no processo de aprendizagem. Além disso, eles destacam a contradição entre o que pede e o que faz o docente em relação à liderança e ao trabalho coletivo organizado.

O docente reivindica maior trabalho interdisciplinar, sobretudo na participação de outros profissionais em palestras e aulas. No entanto, ele mesmo reconhece que os diálogos não impactam o currículo e tampouco preparam o estudante para uma dinâmica de prática profissional interdisciplinar.

Os docentes reivindicam como ponto forte o fato de que o programa tem mantido alguns campos de formação apesar da pressão para excluí-los do nível da graduação e deixá-los para a pós-graduação, com é o caso do componente cardiopulmonar.

6.4. Modelo pedagógico, modalidade e método

O documento do PEP explicita que a teoria curricular que sustenta o programa é a teoria crítica da educação, a qual estimula as noções de compreensão, significado e ação, a partir de um marco de análise ético daquele que questiona a realidade existente e

quer sua mudança. A Teoria Crítica incorpora um raciocínio dialético entre educação e sociedade, e tenta dar explicação às relações entre a teoria e a prática, considera tanto a teoria como as práticas socialmente constituídas e historicamente desenvolvidas. O trabalho curricular nesta teoria busca preparar indivíduos para o questionamento e a emancipação (Forero, 1999), estimulando a autoanálise, a autorreflexão e a autoaprendizagem. Dado que os estudantes de hoje em dia são sujeitos que transitam facilmente pela diversidade cultural que lhes permitem os meios de comunicação, que desenvolveram uma capacidade de rápida adaptação às novas linguagens tecnológicas e que se movem nos mais diversos contextos que propiciam as cidades, daí que se torna necessário o desenvolvimento de um modelo pedagógico que modifique e transfira a atenção do mestre que era anteriormente seu eixo central, para o aluno e para o processo de construção do conhecimento. Isto exige a substituição do protagonismo da transmissão de conhecimentos pelo trabalho em equipe e a construção conjunta do conhecimento; quer dizer, a intensificação das relações entre aqueles que ensinam e aqueles que aprendem. Neste contexto se faz necessário estimular todos aqueles processos que desenvolvam a criatividade, o gosto pela investigação e pela geração de conhecimento. Teoricamente, na atualidade, pretende-se utilizar pedagogias direcionadas a promover a aprendizagem para a compreensão dos problemas, método mediante o qual os alunos constroem seu conhecimento, e se estabelecem relações tendo por base problemas da vida real, facilitando ao profissional em formação a criação de suas próprias categorias intelectuais.

Os discursos de docentes e estudantes mostram importantes diferenças que se sintetizam em um balanço claramente positivo por parte dos primeiros, considerando o realizado e os resultados obtidos. O estudante tem um ponto de vista distinto que se sintetiza na percepção de que cada professor tem uma lógica e um estilo diferentes, o que implica que o estudante tenha que se adaptar ao estilo de cada docente para que este avalie seu processo de aprendizagem como positivo.

A partir dos discursos é possível concluir que para ambos os grupos três fatores marcam os limites e possibilidades do modelo pedagógico: o momento de que se trate – identificando aqui os três momentos do plano de estudos –, o tipo de disciplina e o estilo individual de cada professor. Assim, existe um consenso de que no primeiro momento, do primeiro ao terceiro semestre, o modelo pode ser considerado como tradicional, baseado em teorias condutivistas, memorístico, centrado no acúmulo de informação,

caracterizado pela aula magistral, uso de diapositivos e a aplicação de avaliação do tipo teste ou de escolha. O segundo momento mantém presente o momento anterior, mas combinado com a aplicação de alguns princípios de um modelo social/humanístico centrado nas teorias construtivistas, o que fomentam o diálogo e dá mais espaço para o interesse do estudante, utiliza o trabalho em grupo e inclui em menor medida a avaliação por concepção e desenvolvimento de projetos e a autoavaliação e a avaliação pelos pares. O terceiro momento adota um modelo social humanista, centrado no construtivismo, dando maior autonomia para o estudante em seu processo de formação, priorizando o trabalho em grupos e a avaliação com maior referência a processos de autoavaliação e avaliação pelos pares. É nesse terceiro momento que é possível identificar experiências pontuais orientadas pela teoria crítica da educação, onde o estudante é protagonista do processo e a ideia de crítica e transformação é essencial, e onde a avaliação leva o estudante à autoaprendizagem. No entanto estas experiências são muito reduzidas.

Com essa caracterização fica evidente que o processo de implantação da teoria crítica no modelo pedagógico enfrenta como primeiro desafio o controle sobre a totalidade do plano, o estabelecimento de acordos coletivos a respeito e o desenvolvimento de um processo de qualificação docente a partir da própria prática.

Fonte: Elaboração própria

Figura 5. Modelo pedagógico, modalidade e método. Curso de Fisioterapia, Univerisidade Nacional de Colômbia, 2014.

De maneira particular no que se refere ao segundo e ao terceiro momento do processo, o grupo docente coincide em identificar que a tipologia das disciplinas torna mais difícil o uso de metodologias críticas em função do número de estudantes (grupos de 20 a 30) e o maior vínculo com atividades práticas; também se procura estimular o pensamento crítico, mas a pressão de tempo e volume de conteúdos limita essas possibilidades. Isto é mais viável nas disciplinas de prática e linha de aprofundamento. Contrariamente os estudantes identificam como um grande vazio de algumas práticas a

ausência de pensamento crítico e a ruptura da integralidade do objeto disciplinar, a mesma que foi proposta em momentos anteriores do currículo. Contudo o tema da aprendizagem vinculada à realidade concreta aparece tardiamente com as práticas, e nem sempre estas últimas conseguem estabelecer um diálogo adequado com a mesma.

Assim, dos discursos dos docentes se destaca a falta de uniformidade teórica e conceitual no que se refere a modelos e pedagogias de ensino/aprendizagem. É comum, por exemplo, encontrar certa ligeireza no uso de conceitos que fazem com que para a maioria dos docentes o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas seja um denominador comum, entendida esta como a identificação de situações problemáticas que se tornam referência abstrata para a aprendizagem, levando inclusive a considerar que essa metodologia pode ser desenvolvida em ambientes de simulação entre companheiros em aula.

É evidente que em todos há uma preocupação com a formação e o uso de pedagogias críticas, mas existe uma grande heterogeneidade. Três aspectos são comuns em todos os discursos: o destaque em relação à importância e utilidade do trabalho em grupo, a preocupação com a articulação aprendizagem/motivação e o diálogo como um dos fatores centrais do método de aprendizagem. Em relação ao primeiro o discurso dos estudantes permite afirmar que embora seja notória a utilização do trabalho em grupo, não se observa gestão em torno dele, com o que o seu uso é instrumental e em muitos casos mais um mecanismo para diminuir o trabalho do docente, com o que se perde potência e com frequência termina sendo avaliado como um aspecto negativo, dependente da sorte na formação dos grupos, o que acaba por instalar a ideia de que o trabalho individualizado é melhor que o coletivo. Isto não invalida experiências nas quais o estudante destaca a aprendizagem entre os pares.

O segundo aspecto é motivacional, apresenta-se como uma característica que na voz dos docentes, em muitos casos, tem que vir com o estudante, que se tem ou não se tem, e frente à qual o professor adapta a metodologia mais viável. Com grupos pouco motivados se impõe uma maior disciplina. Paradoxalmente os estudantes consideram que quando os grupos se apresentam em relação a um tema ou disciplina, com frequência se chocam com os limites que o professor impõe para o desenvolvimento do processo; no entanto os resultados deste aspecto no Sistema de Evaluación Docente

Integral, mostra que entre 2011 e 2014, em média, 83.53% dos estudantes consideraram que o docente os motivou em relação aos conteúdos de sua disciplina.

Finalmente, em relação ao diálogo, existe consenso no sentido de que em termos gerais o grupo docente motiva e potencia o diálogo como valor central, sendo uma característica destacada o uso da pergunta e não de conceito pré-definidos.

Em relação às modalidades de aprendizagem por práticas externas os estudantes referem que em algumas delas falta sistematicidade nos processos. A incorporação dos laboratórios de simulação e das tecnologias de informação e comunicação é qualificada pelos estudantes como limitada.

No quadro das definições do modelo e da metodologia pedagógica o papel do estudante e do professor é uma chave importante. Os próprios docentes destacam as qualidades de seus colegas, mas existe consenso sobre as dificuldades para o trabalho coletivo e nos processos de preparação para o trabalho docente que não são sistemáticos nem coletivos, o que faz com que para alguns deles prevaleçam modelos e metodologias que já não são pertinentes. Neste sentido, reconhecem que cada docente aprende pela lógica de ensaio/erro, num exercício individualizado e isolado que se constitui como uma marca pessoal de cada um. Também se reconhece a resistência à mudança. Salienta-se que nos últimos anos o quadro docente aumentou sua visibilidade nos assuntos corporativos e organizacionais. Os docentes reconhecem que o grupo de estudantes, fruto de uma exigente seleção da universidade, é um grupo com muitos pontos fortes, criativo e inquieto. Chama a atenção em alguns discursos a sensação de que o próprio processo de formação os transforma negativamente, de tal sorte que chegando muito inquietos, num segundo momento se comportam de forma excessivamente dócil e disciplinada, se instalam na lógica do menor esforço e a nota se transforma no único referencial de seu próprio processo. Outro aspecto que é caracterizado é sua pouca capacidade de interação, sua timidez e insegurança e a dificuldade que apresentam para o diálogo entre pares. Estes últimos aspectos estão ligados à origem de classe dos estudantes. O docente reconhece o peso da distância geracional como uma barreira no processo. O docente percebe uma lógica de menor compromisso no estudante.

O grupo de estudantes também se caracteriza como inquieto, embora reconheça o peso da lógica da avaliação e a nota como a grande ordenadora, frente à qual ele coloca em jogo os mecanismos que dispõe para garantir bons resultados. Isto implica identificar e se inscrever em disciplinas que lhe exijam menor esforço, aprender a ler o estilo dos professores e comportar-se de acordo com o que cada um espera deles, resolver pragmaticamente as dificuldades que se apresentam no trabalho em grupo. Os estudantes são claros ao afirmar que se colocam limites aos próprios questionamentos quando isso pode ameaçar seu avanço ou os bons resultados no processo acadêmico. Em seus discursos se questiona reiteradamente o patriarcado e a autoridade; isto é mais notório nos semestres mais avançados. Em relação às atitudes do docente frente ao processo de aprendizagem, os resultados do Sistema de Evaluación EDIFICANDO para o período 2011-2014 mostram que em média 72,55% dos estudantes consideram que o docente foi respeitoso e tolerante com seus pontos de vista; 72,04% considerou que o professor sempre mostrou agrado e entusiasmo pelo seu trabalho; 65,88 considerou que o docente sempre se esforçou por sua aprendizagem; e 50,94% considerou que o docente sempre adequou ou modificou métodos de ensino segundo as necessidades do estudante. Estes últimos três indicadores mostram uma tendência decrescente em termos de porcentagens favoráveis o que indica que este é um aspecto frágil que deve ser melhorado.

6.5. Avaliação

Ainda que a assunção da teoria crítica como marco na definição das metodologias e estratégias de ensino e aprendizagem suponha mudanças importantes – ao transferir o centro de atenção do ensinamento do professor para o aprendizado do aluno – é necessário destacar que o item Avaliação como nenhum outro, mostra as limitações para se conseguir incorporar aquela teoria; de fato, Avaliação é um aspecto que quase não apresenta mudanças ao longo de todo o plano de estudos, independentemente de modelo e de metodologias pedagógicas adotadas.

Assim, em termos gerais aparece com clareza o lugar que a nota ocupa, como elemento organizador, no processo em seu conjunto; a média se ergue como centralidade, a média que permite acessar todas as oportunidades que a universidade oferece, a média que regula o reconhecimento entre os pares e as relações com os

docentes. Na perspectiva dos estudantes, na avaliação existem vieses que favorecem o estudante que tem uma boa média, e que ele recebe mais dedicação e mais oportunidades do que o aluno que tem ou teve dificuldades em algum momento do processo. A esse respeito, dados do Sistema de Evaluación EDIFICANDO para o período 2011-2014 mostram que, na média, 78.39% dos estudantes consideram que o docente sempre foi justo e imparcial. Em algumas entrevistas os docentes reconhecem e justificam que é melhor investir no estudante que tem maior projeção do que naquele que apresenta limitações. Este investimento significa dar mais estímulo, mais motivação e ter maior disponibilidade frente às dúvidas ou consultas, assim como fornecer informações que podem significar maiores oportunidades.

Para os estudantes o que muda fundamentalmente é a forma da avaliação e não tanto o seu significado. Assim, com o objetivo de dar uma nota de acordo com a informação ou habilidades desenvolvidas observa-se o uso de exames escritos nos primeiros semestres e que vão se diversificando com avaliações práticas, exposições e produtos de trabalhos feitos em grupo, nas quais se busca qualificar competências cognitivas, axiológicas, práticas e de comunicação. Para os estudantes, na avaliação o principal é ter memória, pelo que uma de suas principais preocupações é a quantidade excessiva de conteúdos. Sobre a avaliação prática eles questionam o uso de simulação de quadros clínicos com a participação de colegas.

Em relação a quem avalia, geralmente os docentes validam seu papel de protagonistas por considerarem que em termos gerais os estudantes não estão preparados para realizar uma avaliação objetiva.

Para eles a pressão exercida pela nota é um fator limitante quando se tentam processos avaliativos que contribuam para que o estudante forme seus próprios critérios para avaliar o seu próprio processo de formação. Neste sentido os docentes fazem exercícios de autoavaliação e de avaliação entre pares, mas sempre com menor valor. Alguns docentes assumem a autoavaliação como processo, razão pela qual definem com os próprios estudantes critérios e mecanismos para a mesma. No entanto, em geral, esta opção é tida como de difícil desenvolvimento por causa dos baixos níveis de autocrítica e pela preocupação com a média. Chama a atenção que os docentes que têm disciplinas nos primeiros semestres notam uma clara diferença na forma como o estudante faz a

avaliação por pares, destacando que neles é possível observar mais objetividade e mais exigência.

Fonte: Elaboração própria

Figura 6. Avaliação. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional de Colômbia, 2014.

Alguns professores reconheceram a falta de reflexão sobre a componente de avaliação e até mesmo a sua própria dificuldade em avaliar de maneira pertinente. No entanto, reconhece-se que não há nenhuma diretriz comum e este aspecto é tratado com total autonomia e discriminação pelo professor. Embora existam mecanismos para a resolução de desavenças quanto à avaliação, o que mais pesa é o histórico do estudante. Os estudantes avaliam a avaliação das práticas como o momento mais crítico do plano.

Os próprios docentes reconhecem que a avaliação não é um momento de aprendizagem e que ela não é abordada como um processo contínuo, mas como um

produto que o docente entrega ao final de um ciclo ou de um semestre. Obviamente os estudantes destacaram algumas experiências de docentes que se esforçam no exercício de retroalimentação do estudante, mas foram alguns casos pontuais. Neste sentido os dados do Sistema de Evaluación EDIFICANDO para o período 2011-2014 mostram que, na média, 65.77% dos estudantes consideram que a avaliação sempre leva a melhorar a aprendizagem.

6.6. Geração e apropriação do conhecimento

A geração do conhecimento e sua apropriação, entendida como capacidade de incidência nas relações entre tecnociencia e sociedade a partir da participação ativa dos diversos grupos sociais que geram conhecimento, é um aspecto chave para o desenvolvimento disciplinar. O primeiro aspecto que se identifica como comum nos discursos dos docentes faz referencia às dificuldades para a pesquisa em função das formas de contratação e da sobrecarga docente, que limitam de maneira concreta o tempo para a pesquisa. A partir disso se identificam certas características do processo de geração e apropriação do conhecimento. Primeiramente, existem duas dimensões: a investigação vinculada ao planejamento curricular e a investigação derivada dos projetos de pesquisa. Na investigação vinculada ao currículo se destaca o predomínio de uma lógica positivista, baseada nos princípios de uma epidemiologia clássica, como predomínio de um olhar quantitativo e em menor medida qualitativo, que com frequência trabalha em torno do componente de promoção de saúde e prevenção e tratamento da doença, na forma de protocolos e técnicas. Uma diretriz com menor presença e desenvolvimento se movimenta em marcos essencialmente interpretativos, de corte fenomenológico, e tem como eixo a reflexão sobre o MCH e seus significados, valores e linguagens. Os estudantes reconhecem esse desvio e reivindicam um maior equilíbrio na formação em pesquisa, que, além disso, contribua para um olhar crítico da sociedade.

Fonte: Elaboração própria

Figura 7. Geração e apropriação do conhecimento. Curso de Fisioterapia, Universidade Nacional de Colômbia, 2014.

Em relação à investigação produzida por projetos próprios dos grupos de pesquisa se destaca uma boa articulação com grupos do exterior. Entretanto, reconhece-se que o departamento não tem um sistema voltado para linhas de pesquisa e o que prevalece são os esforços individuais, com problemas de sustentabilidade e continuidade, esforços fragmentados que não se articulam com o currículo nem com a dinâmica do grupo.

Destaca-se tanto entre docentes como entre os estudantes debilidades na definição dos temas de pesquisa, que são caracterizados como distantes da realidade concreta, por exemplo, em relação a uma maior compreensão do sistema de saúde, seu funcionamento e o impacto que tem na prática profissional.

Em relação ao objeto disciplinar –o MCH, para alguns docentes a geração de conhecimento nos últimos dez anos não tem buscado uma reflexão sobre sua conceituação e se perdeu a continuidade nos trabalhos sobre nossa área de conhecimento, a fisiocinética humana.

CONCLUSÕES. VÍNCULO PRÁTICA PROFISSIONAL – EDUCAÇÃO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA. O CASO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLÔMBIA.

Este capítulo apresenta as conexões entre o processo educacional e a prática profissional. A apresentação dos resultados procura estabelecer linhas de continuidade, contradições, ausências ou resistências e dispositivos no processo educativo que se relacionam com a prática profissional, buscando responder às perguntas: É a educação universitária para a formação de Fisioterapeutas da Universidade Nacional de Colombia uma proposta orientada para a reprodução do modelo de organização da prática profissional vigente no país? Quais aspectos e a partir de que dispositivos são reproduzidos? Quais aspectos possibilitariam uma mudança no sentido de uma formação crítica e transformadora da prestação destes serviços no país?

Em relação às duas primeiras perguntas, se faz necessário retomar um aspecto já apresentado sobre a natureza atual da organização dos serviços assistenciais. As transformações nas relações estado-sociedade e seu impacto nas reformas da área social e de maneira particular do sistema de saúde da Colômbia guardam estreita correspondência com as transformações do modelo de acumulação.

Em relação a isso, Waitzkin, para a América Latina, localizando o debate em torno da ideia do desenvolvimento do império⁴², destaca o papel que tiveram, em relação à saúde pública e os serviços de saúde, os interesses comerciais vinculados à permanência e desenvolvimento do modelo econômico hegemônico. Assim, no período que o autor denomina pré-império – anterior a 1980 – o desenvolvimento dos sistemas e políticas de saúde está em relação direta com a garantia de condições de produtividade de setores chave da economia. Nesta ordem de ideias se destaca a presença de organizações filantrópicas, o surgimento de organizações internacionais da saúde (caso da OMS e OPS), os tratados de livre comércio e os mercados internacionais e as operações globais de corporações multinacionais com uma clara presença do Estado

⁴² O autor define império como “a expansão de atividades econômicas, especialmente o investimento, as vendas, a extração de matéria prima e o uso da força de trabalho para a produção de bens e serviços para além das fronteiras nacionais assim como os efeitos sociais, políticos e econômicos dessa expansão” (Waitzkin, 2013, p. 25).

como mediador de seus interesses. Os sistemas sanitários se desenvolvem centrados na cobertura de massas de trabalhadores e na atenção a temas especialmente vinculados à produtividade. O autor destaca a inovação tecnológica como fator chave nas mudanças na força de trabalho, que se expressam num processo de desqualificação ao longo do século XX, o que significou que os ofícios e profissões foram racionalizados em tarefas mais simples que podiam ser realizadas por trabalhadores menos qualificados e com menores salários. Esta situação afeta a política de desenvolvimento de recursos humanos, a qual mostra a participação ativa de planejadores não só governamentais, mas também particularmente do âmbito empresarial, e que estão vinculados aos setores responsáveis pelos citados avanços tecnológicos. Este processo vem acompanhado pelo desenvolvimento de uma simbologia em torno da infalibilidade da tecnologia que gera uma dependência da mesma sem que necessariamente esteja vinculada com sua efetividade. Neste sentido, o autor ressalta que “o aumento de tecnologia pode ser irracional quando se olha para sua efetividade médica comprovada, mas é racional quando se olha a partir da necessidade do sistema capitalista” (Waitzkin, 2013, p. 74).

Em período mais recente, localizado entre 1980 e 2010, o autor destaca um processo de desdobramento do imperialismo na forma de uma penetração do mercado internacional de produtos e especialmente de seus atores, na forma de corporações multinacionais, com o consequente enfraquecimento do estado nação e da soberania da administração pública. Neste cenário as reformas privatizantes se apoiam na construção de ideologias que invalidam o público e valorizam o privado, como resposta para as necessidades em saúde. Resultado das citadas reformas, as corporações internacionais centraram sua atuação na atenção gerenciada e no acesso a recursos públicos como combustível para o investimento, base para a acumulação de capital. O autor lança uma reflexão final com a ideia de declínio desta expressão do império, basicamente pela exaustão dos níveis de rentabilidade alcançados pelo modelo de atenção gerenciada. Em todos os períodos se destacam elementos de resistência, o que é coerente com a ideia de hegemonia e sua consequente contra hegemonia.

Com este quadro composto, podemos afirmar que as necessidades do modelo econômico foram determinantes para o surgimento da profissão. Tais demandas, neste momento histórico, particularmente se referem à necessidade de manter uma população ativa e trabalhando, superando as limitações advindas da doença e da incapacitação, e fazendo isso a um custo controlado, particularmente nos momentos em que a demanda

crece por efeito das epidemias e dos conflitos. Nesta linha duas coisas foram centrais no primeiro período mencionado: a inovação tecnológica em saúde, na Europa e nos EEUU, que se dá no final do século XIX e se projeta durante o século XX, particularmente vinculada ao uso de diversas modalidades e técnicas de atenção às limitações causadas pela doença e a possibilidade de incorporar a mulher ao trabalho, a baixo custo, com o que se viabiliza a fragmentação das tarefas de cuidado com a saúde e se abre espaço para novas profissões que em sua origem se posicionam em lógicas de dominação com subvalorização social, econômica e cultural.

Neste contexto, a análise da organização social do trabalho implica considerar processos de macro política que incidem sobre o ordenamento e as regras de trabalho no setor, de tal sorte que os processos de mudança, contradição e conflito em relação à forma como se organiza a prestação de serviços assistenciais em saúde impactam a lógica de organização do trabalho e a vida concreta dos profissionais homens e mulheres (Brito, 2000).

A organização da divisão do trabalho tem como finalidade sistematizar as atividades dos trabalhadores e regular eficientemente o funcionamento dos instrumentos e meios de trabalho (Uricoechea, 2002), em consonância com uma lógica geral, definida de maneira concreta nas transformações da política e da organização dos sistemas de saúde, que garanta – a partir de um aprofundamento da divisão do trabalho na forma de trabalho de direção e trabalho operacional; no aprofundamento de formas de disciplina que negam ou enfraquecem a autonomia dos profissionais e novas formas de fragmentação do conhecimento e desqualificação constante dos profissionais – condições para uma maior rentabilidade na produção dos serviços e no controle dos profissionais, tanto no momento da produção como no momento do consumo.

Assim, retomando o que já foi apresentado, o processo de desenvolvimento da prática em Fisioterapia na Colômbia tem sido marcado pela luta em torno da superação da lógica de dominação (profissional e trabalhista, não estando presente a de gênero) e a consequente desigualdade que ela gera, frente à qual o processo de construção de identidade profissional e de organização corporativa, como trabalhadores qualificados, tem sido uma característica central. Este processo tem sido flutuante, mas permite caracterizar um processo de crescentes avanços, entre os quais, particularmente, se destacam os momentos de trabalho articulado entre a Associação profissional e cursos de formação profissional, em torno da autonomia profissional e da identidade

disciplinar, sem que estas conseguissem se estabelecer claramente, entre outras razões porque, após a década de 80, como resultado das transformações operadas tanto no setor da saúde como no setor da educação, que expressam o modelo de acumulação vigente, se observa uma perda do pouco controle ganho: do processo de trabalho, do reconhecimento material e profissional, do acumulado disciplinar e da capacidade organizativa e a legitimidade corporativa construída; uma situação que afeta o conjunto das profissões da saúde.

O processo de globalização implicou transformações nos contextos econômicos, sociais e políticos que tiveram um impacto importante na organização dos processos de trabalho. Isto porque se promoveram políticas de aceleração econômica global, redução do gasto fiscal e do gasto social (saúde, educação, seguridade social, serviços básicos), com importante tendência à privatização de setores produtivos, que modificaram a estrutura dos sistemas sanitários e a sociedade e transformaram as relações de trabalho com novas formas de contratação e a perda de direitos trabalhistas através de processos de precarização do trabalho, terceirização do trabalho, informalização de atividades econômicas e redução dos níveis de proteção legal (Giraldo, 2011), conforme já foi assinalado.

Neste contexto, hoje, a prática profissional se caracteriza por:

1. Continuidade de relações de dominação e desigualdade de gênero – embora não apareçam problematizadas durante todo o trajeto histórico revisado – na relação profissional e na relação de trabalho;
2. O aumento de controle sobre a prática profissional a partir de interesses econômicos, particularmente das seguradoras, que se materializa numa perda da débil autonomia alcançada no fazer, nas funções de direção, na organização do próprio processo em diversas modalidades, particularmente na prática independente e na legitimidade social, tanto salarial quanto de remuneração por serviços profissionais prestados;
3. A fragmentação em campos e áreas que rompem a integralidade da prática profissional com claro enfraquecimento do campo assistencial e das áreas que não são de interesse econômico para o sistema.
4. A tendência à desqualificação, através da exigência de uma educação profissional, especializada e continuada que em muitos casos não dialoga com as

necessidades sociais, com os desenvolvimentos disciplinares, com as próprias necessidades da prática profissional ou com o desenvolvimento do marco legal, privilegiando as necessidades do mercado ou do funcionamento mesmo do sistema, o que, além disso, nem sempre se traduz em melhora significativa das relações e condições de trabalho como resultado da educação pós-graduada. Em menor medida a desqualificação se dá de mãos dadas com o desenvolvimento tecnológico que em alguns ocupa o lugar do próprio profissional.

5. Como consequência do anterior uma fragmentação do saber e do objeto disciplinar.
6. O aumento de ofertas educativas de má qualidade que pressionam o mercado de trabalho e treinam profissionais sem nenhuma referência das contradições da organização do trabalho nem de mecanismos que permitam fazer frente a elas.
7. O enfraquecimento das formas de organização e das lógicas de resistência e autonomia na contradição capital-trabalho.

Esta leitura não seria completa se ela não reconhecesse que em meio a essa crítica realidade para os profissionais, existem expressões de prática profissional, projetos e iniciativas educacionais e de organização e resistência, que buscam construir um cenário mais favorável para o desenvolvimento de outra perspectiva profissional. Faz-se necessário que os profissionais consigam fazer a leitura da complexidade em que se acham imersos.

De maneira particular, a prática profissional dos egressos do programa de Fisioterapia da Universidade Nacional não mostra grandes diferenças em relação às essas tendências, embora seja necessário reconhecer que apresentam algumas melhoras em relação à média nacional que indicam uma melhor situação, mas sem que isso signifique uma transformação substantiva das tendências assinaladas.

Os dados específicos de qualidade do emprego ratificam que este grupo profissional está abaixo do padrão de médicos, enfermeiras, odontólogos. As manifestações dos egressos corrobora a ideia de que os elementos mais críticos têm a ver com renda e formas de contratação, assim como com reconhecimento profissional e social, sendo grupos mais críticos aqueles com menos de cinco anos de formados, os que não contam com educação pós-graduada que referem maior exposição a risco no trabalho, maior percepção de altas exigências do mesmo, pior avaliação das condições

de saúde, das condições de ambiente de trabalho, da organização das tarefas e uma maior insatisfação com o emprego; e as mulheres que apresentam menores níveis de renda com diferenças estatisticamente significativas.

Em termos de campos, áreas e cenários os dados são contundentes ao evidenciar que aqueles que se dedicam prioritariamente à educação apresentam maior vinculação direta, melhores níveis salariais, maior número com casa própria, em contraste com os que se dedicam à assistência, que apresentam os salários mais baixos, o menor número com casa própria e a maior insatisfação com o emprego e a maior exposição a riscos e exigências no trabalho. Os dados reafirmam que apesar dos elementos inovadores, em termos de novos campos de prática profissional, isso não tem significado uma transformação significativa nas áreas históricas de desempenho. Além disso, se mantém sua maior presença no setor saúde (um pouco mais da metade trabalha em instituições do setor saúde).

Apesar das grandes transformações do setor que significaram uma perda no controle profissional a partir do aparecimento das seguradoras como um novo ator na provisão de serviços, as quais controlam o mercado de trabalho, uma porcentagem importante de profissionais se mantem na modalidade de atendimento particular clínico (domiciliar ou em consultório) e não clínico.

Na população estudada encontramos indicadores (emprego, absorção e desemprego) com desempenhos que indicam que a prática da Fisioterapia é socialmente necessária em comparação com os dados de primeiro emprego para os outros profissionais da saúde, enquanto o multiemprego se apresenta menor em relação a dados de outras profissões da saúde. Além disso, na amostra aparece uma porcentagem importante de atendimento domiciliar de caráter independente (25% da amostra). No entanto, a qualidade do emprego é crítica quando se observa a multiplicidade de formas de contratação. Um terço desta tem perda de direitos laborais associadas ao contrato de trabalho e mais da metade não tem cobertura integral de proteções sociais associadas ao trabalho. Destaca-se uma alta porcentagem de contratação direta (65%), em relação a outros profissionais da saúde, sem que isso signifique que os profissionais contem com uma qualidade adequada de emprego considerando o tipo de contrato. De fato, a análise apresenta diferenças significativas entre os profissionais que contam com contratação direta e o que não têm, mostrando que para estes últimos se apresentam piores

condições em relação a valor social da profissão, exigências do trabalho, condições do ambiente de trabalho, organização das tarefas e a satisfação com o emprego.

Identificam-se baixos níveis salariais para 50% dos profissionais, baixas coberturas de seguridade social sendo mais crítica para riscos profissionais e baixos níveis de desfrute de férias. Foram encontradas diferenças significativas segundo o nível salarial, mostrando que aqueles que recebem menores salários apresentam uma pior avaliação da exposição a riscos, das exigências do trabalho, do valor social da profissão, das condições do ambiente de trabalho, da organização de tarefas e da satisfação com o emprego; enquanto os profissionais que têm renda entre 2 e 4 salários mínimos apresentam pior avaliação em relação aos problemas de saúde.

A organização das tarefas destaca a exposição prolongada na posição em pé ou sentada, más posturas, movimentos repetitivos e levantamento de pesos; tarefas rotineiras e responsabilidades excessivas e em menor medida pressão no trabalho. Dentre as exigências se destaca que certa de um terço trabalha mais de 8 horas, 24% faz dois turnos além da jornada habitual e 30% levam trabalho para casa; além disso, 60% dos profissionais referem poucas possibilidades de ascenso, com uma importante presença de mudanças tecnológicas e uma relativa baixa participação na elaboração das mesmas.

De outro lado, os resultados indicam que os profissionais com menos de um ano de experiência profissional apresentam relações estatisticamente significativas em relação com a pior condição na avaliação social da profissão e a menor satisfação com o emprego; os profissionais com 1 a 5 anos frente às exigências do trabalho, condições do ambiente de trabalho e a organização das tarefas; e os profissionais com 6 a 10 anos, com os problemas de saúde.

Destaca-se em termos gerais uma boa percepção do reconhecimento da profissão, ainda que sejam menores as porcentagens de reconhecimento na comunidade. Situação que se modifica particularmente ao referir-se aos entes governamentais, os quais para os profissionais não reconhecem a profissão. Existe uma baixa satisfação com o trabalho se se consideram as avaliações de impacto negativo em relação ao tempo dedicado à família e a baixa compensação recebida por seu trabalho em relação ao salário, o que se reflete numa baixa porcentagem de satisfação de necessidades básicas e

uma menor satisfação de necessidades de qualidade de vida ampliada na forma de necessidades de recreação.

É necessário considerar que ao falar de satisfação de necessidades básicas tanto como das ampliadas estamos falando de uma relação direta com as condições de desenvolvimento. De outro lado, os resultados são coerentes com uma situação de precarização da estabilidade laboral e a supressão de direitos trabalhistas coletivos que são base do bem estar social, suporte e fonte de qualidade de vida (Moreno, 2008). “Assim o hoje dos profissionais é uma luta pela necessidade fundamental de subsistir, nos habita a incerteza. O trabalho simboliza a forma de poder acessar um mínimo de renda que garanta um nível de sobrevivência, mas que eclipsam as possibilidades de desenvolver e expressar suas potencialidades humanas” (Mesa, Romero, 2010). Em todo caso, se destaca o fato de que existe uma alta satisfação pessoal com o trabalho e a percepção de conquistas acadêmicas e profissionais, que pode ser atribuída a uma expressão de enfrentamento bem sucedido e de adaptação do organismo a seu meio ambiente.

Estudos anteriores identificaram essa dualidade no caso de fisioterapeutas nos EUA, em um centro de reabilitação e em um contexto de grandes transformações do sistema de saúde e que foi apresentada com cinco temas centrais: perda de controle, estresse, desânimo, descontentamento e esperança em sua vida profissional centrada na satisfação pelo trabalho realizado e a possibilidade de conviver com os companheiros em outros espaços (Blau, et al., 2002).

Este fato deve ser aprofundado e destacado sem que ele negue o fato de que a profissão enfrenta condições negativas de organização que afetam sua satisfação no trabalho e impactam a qualidade de vida e bem-estar dos profissionais.

Em termos de autonomia, somente um pouco mais da metade (56.2%) refere contato direto com o paciente sem intermediação de outros profissionais, as porcentagens de início, finalização, frequência e duração das sessões são levemente menores ao anterior, sendo baixos; assim como o diagnóstico fisioterapêutico como base para a intervenção que é de 40.3%. Existe uma baixa participação e organização corporativa.

Estes últimos aspectos devem ser analisados de maneira articulada. Assim, diversos autores destacam que o processo de profissionalização inclui dedicação de procedimentos exclusivos para a avaliação, a formação de uma associação profissional, a regulamentação da profissão, a redação e adoção de um código de ética formal. Neste contexto, um fato chave na formação de identidade é o profissionalismo que inclui o uso da organização profissional, a crença na autorregulação, o sentido de vocação e a autonomia. Estudos anteriores em relação à identidade profissional destacam o papel negativo que teve a Medicina na formação da identidade em aspectos tais como o monopólio de conhecimentos e comportamentos de controle e gestão dos serviços de reabilitação, na prescrição do tratamento e no encaminhamento para tratamento de fisioterapia e em consequência disso, esses estudos propõem reforçar a participação em organizações corporativas, enfatizar o bom tratamento como chave para um maior reconhecimento social e superar a subordinação a partir de um maior controle e da geração de conhecimento científico (Nascimento et al., 2006).

Neste marco de ideias, desde meados da década de 90 a WCPT enfatiza a importância de avançar em direção à autonomia profissional e o acesso direto do paciente, fortalecendo a figura do profissional de primeiro contato, o que significa que os pacientes podem solicitar seus serviços de maneira direta, sem a necessidade de ser derivados por outro profissional da saúde, para o que se requer gerar evidências em cada contexto nacional que demonstrem viabilidade, segurança, e efetividade econômica e clínica. Da mesma forma se explicita como uma das ações prioritárias garantir as competências necessárias para o exercício autônomo da profissão (Camba, SS, 2012).

Outros autores chamam a atenção para o papel das instituições formadoras que cumprem um papel fundamental na formação da identidade profissional ao organizar lógicas que atribuem maior status ao estudante de medicina, o que acarreta que se dê uma série de padrões concretos de comportamento, em seguida gerando-se um nexo de poder de gênero, raça e classe. Desta maneira as identidades se forjam dentro de um conceito de poder/conhecimento (Goldie, 2012).

Estas iniciativas enfrentam um contexto muito adverso se se entende que as atuais condições do mercado de trabalho caracterizadas pela instabilidade laboral, insegurança, insatisfação com trabalho e precariedade dificultam a construção de identidade profissional, pois os trabalhadores já não se sentem identificados com o

trabalho que levam a cabo (Ruvalcaba, Uribe, Gutiérrez, 2014). Adicionalmente existem “restrições e limitações do meio (ambientais, sociais, econômicas ou políticas) que com frequência interferem diretamente com o exercício profissional do profissional da saúde”(Pierantoni, Machado, 1994).

Da proposta de formação da Universidade Nacional

Sugeriu-se que a partir das teorias crítico-reprodutivistas, a educação cumpre um papel de permanência / aceitação do estado de coisas em relação à divisão social do trabalho por grupos (proprietários/assalariados) e as relações de dominação / exploração / injustiça que derivam dela. Em coerência com isto, a compreensão do próprio processo educacional deve ser feita em diálogo com a lógica da organização do trabalho, neste caso representada de maneira concreta pela prática profissional em Fisioterapia. Interessa, portanto, identificar os componentes dessa relação.

O Programa de Fisioterapia da Universidade Nacional é considerado um dos melhores do país, tanto por sua trajetória como pela projeção de seus egressos nos mais diversos campos e áreas, destacando seu papel no campo assistencial, aspecto que é validado pelo conjunto da comunidade acadêmica. Mesmo assim, os achados desta investigação permitem identificar claramente suas limitações na perspectiva de uma análise crítica.

Em primeira instância se destaca que na Faculdade se forma para aceitar as lógicas de dominação de gênero, profissional e laboral que imperam na prática profissional. Os relatos são contundentes ao estabelecerem dinâmicas e mecanismos no processo de formação que afirmam um valor social generalizado de domínio de gênero e que se reveste de novos significados, desta vez vinculados à lógica disciplinar e profissional. Tanto no currículo, como na vida quotidiana na Faculdade e por extensão nos espaços de prática clínica, esta lógica de dominação se afirma, tanto de forma explícita como implícita.

“A produção das ideias, das representações, da consciência social está em princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, a linguagem da vida real” (Marx, Engels, 2012a, pg. 40).

A recorrência de formas de assédio e formas de relacionamento baseadas no poder que exerce o professor médico somadas à negação / invisibilização da problematização das relações quotidianas reafirmam este tipo de poder. A isto se soma a ausência mesma da categoria gênero em relação ao desenvolvimento teórico=conceitual do objeto disciplinar e sua projeção no currículo.

Por outro lado, o peso da estrutura do conhecimento médico e seu reconhecimento social, e inclusive nominal, primeiro na Faculdade e posteriormente na clínica, como referência de poder hegemoniza a construção disciplinar, definindo com frequência suas linguagens e limitando práticas concretas. Isto se viabiliza através de uma organização do currículo que faz com que nos dois primeiros anos de formação o estudante tenha mais contato com o programa de medicina que com o seu próprio e nessa abordagem, além de conteúdos pouco pertinentes para o estudante, mais que a construção da identidade do Fisioterapeuta, se enfrenta uma permanente condição de subvalorização em relação aos conteúdos, à programação dos espaços, ao direito de uso de ambientes e equipamentos sempre sujeito às necessidades do estudante de Medicina. Todas as situações conflitivas entre doentes e estudantes reafirmam a ideia de que o poder é do médico. Interessante que, guardadas certas proporções, esta mesma sensação é vivida pelo professor de Fisioterapia no que se refere aos assuntos relacionados à dinâmica da Faculdade.

Os esforços em outra direção enfrentam muitas pressões, particularmente a necessidade de responder nas lógicas instituídas de uma objetividade declarada fonte de verdade e ciência que se retroalimenta quotidianamente por diversos mecanismos nas convocatórias de pesquisa, nas lógicas para publicação, em tudo aquilo que se refira à legitimidade acadêmica.

Uma forma de reproduzir, sem dúvida, é não problematizar e em consequência naturalizar certos padrões, valores ou comportamentos. A ausência quase total da problematização da contradição capital-prática profissional – trabalho denota, mais que um distanciamento, uma forma de garantir as condições para sua permanência, uma vez que o sujeito profissional é formado para atuar nessa lógica, sem capacidade para compreender, resistir nem mudá-la. Agora, é necessário refletir com cuidado sobre o fato de que as colocações dos docentes e dos egressos validam a necessidade de incluir este aspecto no currículo; não obstante, a perspectiva colocada novamente é

instrumental para o instituído, pois se trata é de preparar melhor o profissional para assegurar o êxito explorando suas possibilidades dentro da lógica da intermediação, aumentando suas horas de trabalho sobre o componente administrativo, por exemplo, o que não questiona afinal os padrões de dominação, pelo contrário, acaba validando-os. Esta opção sempre terá um limite concreto, pois o caminho do êxito se apoia na ideia de já não ser explorado, mas conseguir explorar outros, muito provavelmente seus próprios colegas.

Em termos da organização do currículo, se destaca a ausência de controle do próprio grupo docente e a inexistente participação dos estudantes na concepção do mesmo. Esta ausência de controle se alimenta de uma dinâmica de trabalho claramente individualizada que se justifica tanto na sobrecarga de trabalho como na ideia de liberdade de cátedra, que neste cenário, com frequência, significa ausência de qualquer tipo de debate e definição de acordos de ação conjunta. Neste mesmo aspecto é notório o distanciamento da realidade concreta como fundamento do próprio processo educacional, cuja aparição no currículo é reconhecida como tardia. Gadotti, em relação às colocações de Marx, destaca que a integração entre ensino e trabalho se constitui numa maneira de sair da alienação crescente reunificando o homem com a sociedade. Para Marx, o ensino politécnico tem a finalidade de fazer compreender e vivenciar a estrutura econômica social a partir de sua inserção na atividade de produção e intensificar assim sua capacidade de ação. Enquanto uma educação vinculada à produção social total viabiliza a omnilateralidade como criação das potencialidades do homem pelo próprio homem no trabalho (Gadotti, 1987, p. 54-55).

Esta abordagem estabelece uma referência precisa em relação às modalidades de educação profissional particularmente em saúde, onde a ideia das práticas, dos estágios, rotações entre serviços e plantões está presente nos currículos. No entanto, para além da sua existência, interessa reconhecer os conteúdos e os objetivos desta abordagem. No caso que nos ocupa é clara a preocupação em favorecer uma aprendizagem de técnicas e processos no contexto de lógicas de ordenamento e comportamento instituídas, sem conflitos, e para isso amolda-se a realidade aos interesses do processo educativo, e com isso se enfraquece sua possibilidade como elemento questionador.

Destacam-se as ausências nos conteúdos de aspectos tais como a problematização da própria prática profissional, sua historicidade e as lógicas de

dominação e contradição, o que revela seus limites. Neste sentido, não se trata apenas de aprender uma profissão, mas de compreender o processo de produção e organização do trabalho nessa profissão e mais além, na sociedade. Isto contrasta com o claro reconhecimento que se faz de um ensino para as necessidades da Lei 100 de 1993: “somos professores da Lei 100”, mesmo que seu questionamento se apresente de forma cotidiana, porém é um questionamento que se baseia na renúncia à possibilidade de sua transformação.

Em termos do pedagógico fica evidente um amálgama de versões entre o tradicional e o inovador, que em todo caso acaba capturado por aspectos de estrutura como o tamanho dos grupos, os tempos, as dinâmicas de produtividade, etc. e que mostram que, em geral, o poder do docente sobre o estudante permanece incólume, tanto que o estudante estabeleceu como premissa básica para sua sobrevivência uma certa lógica adaptativa capaz de reconhecer diversos discursos e interesses, que lhe permitem responder – aceitar sua subordinação – a cada professor. Novamente, existem experiências diferentes dessa linha geral, no entanto o aspecto a destacar é o fato de que as possibilidades reais de desenvolvimento das iniciativas inovadoras não partem da premissa básica de construir com o educando as possibilidades de desenvolvimento dessas experiências.

Uma vez que o estudante é produto já de uma certa lógica com a educação básica e secundária que estabeleceu um significado para a educação como processo de qualificação para inserir-se acriticamente na organização capitalista do trabalho, o não partir de um questionamento desses acumulados converte o estudante em um dos principais críticos dessas iniciativas inovadoras, e essa postura, ao mesmo tempo, desestimula o docente no desenvolvimento das mesmas; com isto garante-se a permanência dos sentidos e valores da educação como processo de qualificação para um mercado de trabalho, na espera de uma realização e um êxito vinculado ao reconhecimento social e econômico, capaz de garantir adequadas margens de consumo. Só a partir do reconhecimento do estudante como sujeito atuante com historicidade e identidade é possível pensar na instalação de relações democráticas no processo educacional.

A geração e apropriação do conhecimento aparecem fragmentadas no próprio trabalho do docente e submetidas a uma lógica de grupos e processo especializados que,

em todo caso, se distancia do grosso dos profissionais em formação em nível de graduação. Neste contexto a pesquisa é um dispositivo que reforça a conformação de grupos com maior status no interior do corpo docente, enquanto que deixa de ser uma possibilidade para o desenvolvimento disciplinar e profissional crítico, em razão da pressão que exercem os interesses do mercado que definem temas prioritários, paradigmas válidos, métodos e inclusive, para alguns, resultados em termos de novas tecnologias que não necessariamente estão vinculadas com a sua eficácia.

Todavia, a leitura do programa curricular evidencia como as próprias condições de trabalho docente e suas limitações se articulam com todos e cada um dos aspectos mencionados, razão pela qual a análise do programa inclui este componente.

É inegável que uma análise pormenorizada do mesmo permite validar a ideia de que no exercício docente existe uma permanente tensão pelo desenvolvimento de um trabalho alienado que se soma à formação de trabalhadores profissionalizados alienados: o docente não controla, não governa, não gerencia, não reconhece o processo em seu conjunto, enquanto ele instala algumas habilidades em um sujeito estudante que não domina a lógica do processo, não é capaz de uma interação influente ou transformadora, que opera mecanicamente algumas habilidades. O estudante se prepara para condicionar-se a uma institucionalidade e algumas relações que ordenam o trabalho sob a lógica da produtividade e que impõem pacotes restritos de benefícios e de tempos de atenção que limitam a prática profissional no que toca ao grau de autonomia, submetido agora à racionalidade econômica. Enquanto isso, o trabalhador / o egresso colocado em uma lógica crescente de assalariamento, enfrenta condições cada vez mais críticas de contratação e trabalho.

Até aqui se colocaram argumentos que permitem afirmar que, de fato, a educação universitária para a formação de Fisioterapeutas da Universidade Nacional de Colombia é uma proposta orientada para a reprodução do modelo de organização da prática profissional vigente no país, a partir dos elementos que definem o sentido da educação, a organização e os conteúdos curriculares, o modelo, os métodos e as metodologias pedagógicas, a avaliação e o processo de geração e apropriação do conhecimento.

Quadro 7. VÍNCULO PRÁTICA PROFISSIONAL – EDUCAÇÃO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA

TRABALHO	TRABALHO ALIENADO		TRABALHO EMANCIPADO
	Organização e divisão do trabalho	Políticas e sistemas que garantem a mercantilização da saúde e a dominação e exploração profissional, Condições do desempenho social que limitam a autonomia profissional, débil ou inexistente valorização social, impacto na deterioração da qualidade de vida e saúde.	Controle na organização do trabalho, reconhecimento social e material, relações democráticas na sociedade, ações de transformação frente às injustiças.
	Hierarquia	Condições de trabalho assalariado / pauperizado, identidade, participação e organização debilitada,	Controle do processo de trabalho vinculado à satisfação pessoal e o aporte social.
	Fragmentação / desqualificação	Débil desenvolvimento disciplinar, perda de controle do processo de formação, mercantilização da educação, imposição de educação especializada e permanente sem reconhecimento social nem trabalhista,	Controle no desenvolvimento do saber disciplinar, superando a fragmentação da qualificação e o saber técnico e tecnológico na formação e qualificação
EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO HEGEMÔNICA		EDUCAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO
	Organização e divisão do trabalho	Naturalização, divisão de grupos por seleção, méritos, avaliação. Distância entre ciência – conhecimento – vida. Distância entre intelectuais e povo (professores / estudantes)	Formação na unidade: fazer pensar; reflexão /práxis; fazer /dirigir.
	Hierarquia	Disciplina – controle, Relações competitivas	Capacidade de crítica das relações de dominação (democracia).
	Fragmentação / desqualificação	Modelo dominante de conhecimento: positivista-cientificista e instrumental. Formação técnica – instrumental, fragmentada. Escalas de especialização. Uniformidade e individualismo	Princípio da práxis transformadora.
			Princípio educativo: escola /trabalho /vida: conhecimento a partir da práxis.
			Relações entre o discente e o intelectual (professor): identidade, práxis, compromisso. Currículo, modelo pedagógico, método e metodologia. Crítico, democrático, criatividade, coletividade.
			Participação ativa no desenvolvimento disciplinar vínculo graduação e pós-graduação, investigação a partir da práxis.

Fonte: Elaboração própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da proposta educativa da Universidad Nacional de Colombia centrada já não no processo formador, mas deste na relação com a prática profissional a partir da voz de seus atores, permite outra leitura em uma matriz de análise diferente da hegemônica, na qual o curso é altamente valorizado.

Assim, este trabalho problematizou o vínculo entre educação profissional e prática profissional e permitiu estabelecer que a primeira está articulada ao modo de organização da prática profissional em Fisioterapia, que no momento atual é regida pela Lei 100 de 1993, a qual mercantilizou a prestação de serviços assistenciais em linha de coerência com os interesses de acumulação de capital no setor saúde, dando espaço para a figura da intermediação como ator central do processo.

A apropriação de uma perspectiva crítica permitiu apontar que a educação prepara o profissional para aceitar os arranjos sociais em termos de uma organização e divisão do trabalho, algumas lógicas de controle e fragmentação – desqualificação que garantam a produtividade e a acumulação de capital nas mãos de atores sociais que nem sempre são claramente identificados.

Esta articulação da educação à lógica de organização da prática profissional afeta a natureza, organização e conteúdos deste processo, fragmentando e aumentando a permeabilidade do hegemônico, assim, a educação é orgânica à lógica atual da organização do trabalho. Como resultado, o objeto disciplinar se fragmenta e se incorpora acriticamente nas disciplinas. Os docentes não alcançam, por sua vez, uma apropriação crítica do conjunto, sendo eles mesmos partes do processo.

Nesse contexto, como dispositivos centrais do processo de reprodução da lógica dominante da organização do trabalho, aparece no processo educativo a naturalização de lógicas de dominação por gênero, profissionais e de paradigmas do conhecimento; uma certa forma de organização do currículo que despoja docentes e estudantes do controle do processo; os conteúdos parciais, fragmentados, instrumentalizados e centrados na apropriação de habilidades e técnicas; e as próprias condições de controle tanto de professores, através de jornadas de trabalho sobrecarregadas, como de estudantes, dependentes de uma nota para permanecer no processo educacional, como sua melhor

opção de desenvolvimento individual. Além disso, aparece como valor comum entre uns e outros a opção pelo trabalho individualizado que caracteriza as relações e dinâmicas quotidianas. Como projeção deste valor a passagem pelo processo educativo está claramente definida pelas capacidades de cada pessoa.

Esta leitura conseguiu construir uma visão de totalidade da formação profissional, a partir de uma leitura histórica do próprio desenvolvimento da profissão e a identificação de temas de conflito na relação capital – trabalho, onde o controle do processo, a possibilidade da prática autónoma, o reconhecimento económico e os esforços pela construção de uma identidade profissional estiveram presentes, sempre em uma condição subalterna.

A aproximação à realidade atual da prática profissional, em articulação com as organizações corporativas e com programas de formação profissional no país, dimensiona a necessidade de uma problematização da prática profissional e abre a possibilidade de reconhecer o grau, as formas e os impactos com que esta incide nos processos educacionais, em seu conjunto, viabilizando as lógicas dominantes e limitando as possibilidades de uma construção alternativa que supere os limites do atualmente instituído. As potencialidades neste sentido já ganham materialidade, tanto no plano de debate das condições da organização da prática profissional, como no que diz respeito à reflexão e ajuste das propostas de formação.

Este estudo reivindicou e validou a pertinência de reconhecer a profissão, ajudando a definir sua identidade profissional, sua inserção na dinâmica social, os desafios atuais e suas potencialidades, dando um lugar ao processo educacional e aspirando que sua transformação contribua para o desenvolvimento de relações democráticas e justas para os profissionais da Fisioterapia e para as populações que interagem com ela.

Neste contexto, e enquanto esta análise não pretende ser mecânica, se situa a possibilidade da prática profissional transformadora, na qual a educação profissional pode contribuir se ela conseguir estabelecer lógicas e capacidades contra hegemônicas. Assim, propõe-se resgatar a ideia da educação para o trabalho, tanto no processo de reconhecer e compreender o que é trabalho como modo de organização centrada na divisão de classes e na desigualdade, como no que ela pode ser como possibilidade para

a emancipação, a partir de uma formação integral. Assim, propõe-se a educação como possibilidade para uma ação transformadora.

Dentre os aspectos que a partir desta análise podem ser colocados como referenciais se parte, em primeira instância, da necessidade de estabelecer, como um sentido básico do processo, o reconhecimento e a crítica da toda forma de relação de dominação, sejam ela por gênero, classe, etnia. Ao respeito Mayo (2004, pg. 37 – 86), baseado em Gramsci, propõe que o reconhecimento de “grupos dominantes” enfatiza múltiplas facetas do poder e requer compreender sua natureza não estática (está constantemente aberta à negociação e à renegociação e, portanto, a ser renovada e recriada), incompleta, seletiva e com possibilidade de crise, o que indica que pode haver espaço para uma ação anti-hegemônica, onde a educação e a formação cultural de adultos são chaves.

Além disso, se trata de questionar os conteúdos da cultura dominantes, a partir da apropriação crítica do conhecimento e apropriação crítica e seletiva da cultura dominante e de defender uma prática que integre permanentemente reflexão e ação com capacidade de transformação, favorecendo a articulação entre teoria e prática, entre consciência e ação; um dos grandes vazios da proposta de educação analisada.

Para isto se resgata a necessidade de garantir o vínculo com a realidade como fundamento educacional, com o que todas as situações de prática devem ser assumidas como possibilidade para a democracia, a partir de uma maior compreensão do funcionamento da sociedade e do controle sobre o processo de trabalho, da identificação dos conflitos e das possibilidades de resistência e mudança, de tal sorte que se oriente o processo para a construção de sujeitos livres e com autodeterminação. Assim, um valor central gira em torno do tema de autonomia como sujeito e como profissional: controle no processo educativo e controle no processo produtivo, que se oriente por valores de justiça e realização no contexto do reconhecimento da dignidade das pessoas e da mútua determinação na vida coletiva.

Estabelecido o sentido, se propõem elementos ordenadores face ao como avançar nesta linha. O primeiro aspecto se refere à construção de relações democráticas e dialógicas baseadas num exercício de reconhecimento do estudante não como um outro, mas como igual, baseadas no reconhecimento de sua dignidade e de sua identidade de classe, comprometidos com aqueles a quem se ensina, o que implica um

compromisso com a transformação de suas condições sociais e culturais, reconhecendo a origem e referencia dos alunos.

Neste aspecto valem as contribuições de Gramsci em relação ao papel do educador como determinante na construção da consciência de classe do trabalhador, onde o intelectual é um “intelectual orgânico da classe trabalhadora”, como aquele ligado ao proletariado que nasce da transformação do velho modo de pensar e conhecer, e seu ser intelectual se desdobra em um ser político, transformando sua ação em uma articulação vivida totalmente na ação histórica que ele realiza enquanto intelectual e militante (Gadotti, 1988, p. 35).

Um aspecto que pode facilitar este processo no professor se refere a explicitar e problematizar sua própria condição de trabalhador:

Contratos instáveis, professores temporários, flexibilização das relações de trabalho, sobrecarga de trabalho, salários injustos, escassa participação da comunidade universitária na tomada de decisões, aumento de postos administrativos e burocráticos, autoritarismo e exclusão, jovens submetidos à pressão dos créditos e as dívidas, cursos supérfluos, preços cada vez mais elevados, estudantes que se limitam a fazer anotações e recitá-las de maneira literal na hora da avaliação. Tudo isso acontece quando as universidades se convertem em empresas, como vem ocorrendo durante as últimas décadas, quando o neoliberalismo foi tomando de assalto cada uma das dimensões da vida. (Chomsky, 2014).

No entanto, esta perspectiva encontra limite na ideia instalada de que “como professor universitário se é acadêmico/intelectual mas não trabalhador”, apesar da contradição quotidiana que ele vive no contexto da própria crise das relações de trabalho e transformações no setor educacional:

Finalmente, é fundamental no processo educativo a vinculação com grupos mais amplos, movimentos, partidos que cimentem a possibilidade de alianças: em termos da relação pedagógica se faz necessário então, caracterizar como são as relações sociais em relação à democracia, aos conteúdos e os locais da prática educativa.

ANEXOS

Anexo A. 1. Aprovação de Comitê de ética CEP-USP **APROVAÇÃO**

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em **16/01/2014**, **APROVOU Ad-Referendum** o Protocolo de Pesquisa nº **197/13** intitulado: “Educação em Fisioterapia: Análise crítica desde a prática profissional” apresentado pelo **Departamento de MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Ana Luiza d'Avila Viana

Pesquisador (a) Executante: Nancy Jeanet Molina Achury

CEP-FMUSP, 16 de Janeiro de 2014.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

**Anexo A. 2. Autorización Departamento del Movimiento Corporal Humano.
Universidad Nacional de Colombia**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA

Bogotá, 5 de abril de 2013

Señores
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAO PAULO

Ref.: Autorización para realización de investigación de Doctorado

Respetados Profesores:

Por medio de la presente se autoriza a la profesora **NANCY JEANET MOLINA ACHURY**, profesora de planta de este Departamento, para que realice el trabajo de grado **Educación en Fisioterapia: Análisis crítico desde la práctica Profesional**, como requisito del curso de Doutorado em Ciências, Área de concentração: Medicina Preventiva, bajo la dirección de la profesora Ana Luiza Vianna.

El Departamento considera de un especial aporte esta investigación y expresa su compromiso en facilitar la información y los procesos necesarios para su adecuado desarrollo, conforme a lo planteado en el documento de propuesta presentado.

Cordialmente,

F.T. Nancy Stella Lardinez Parra
Directora
Departamento del Movimiento Corporal Humano
Universidad Nacional de Colombia

145 años
Innovando

Cra. 30 No. 45-03, **FACULTAD DE MEDICINA**, Edificio 471 Piso 5º, Oficina 520
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 15063 Telefax: 3165497
Correo electrónico: coocurtf_fmbog@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América

Anexo A. 3. Formato de consentimiento Informado

PROYECTO: EDUCACIÓN EN FISIOTERAPIA. ANÁLISIS CRÍTICO DESDE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

Nombre del Participante:	
Número Identificación:	Número del teléfono

Este documento de consentimiento puede contener palabras que Usted no entienda. Por favor pida al investigador que le explique cualquier cosa que no entienda.

Se le ha solicitado que participe en el estudio Proyecto: Educación en Fisioterapia. Análisis crítico desde la práctica profesional, dirigido por la F.T. Nancy Jeanet Molina Achury.

1. ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

El objetivo de esta investigación es realizar un análisis crítico de la educación en fisioterapia desde las prácticas profesionales, tomando como referencia el currículo de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

2. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?

Si decide participar, se le realizará una (entrevista / Grupo focal) sobre sus experiencias y opiniones en relación a (su práctica profesional / rol de estudiante / Rol profesor). La entrevista tendrá lugar en la ciudad de Bogotá.

El investigador grabará la entrevista. Puede solicitar que se detenga la grabación o retirarse del estudio en cualquier momento.

En la grabación no se registrará su nombre, solo se utilizará un código.

3. ¿QUÉ RIESGOS HAY?

No hay ningún riesgo por participar en este estudio. Si alguna pregunta de la entrevista le hiciera sentir incómodo, no tiene por qué contestar si no lo desea.

4. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?

Aunque no reciba ningún beneficio directo, esperamos que la sociedad pueda beneficiarse con los resultados de la investigación.

5. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY?

Es libre de decidir si participar o no en el estudio

6. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?

Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada y su información se mantendrá privada. Con el fin de proteger su información, la investigadora Nancy Molina Achury, mantendrá protegido su registro. En ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa.

7. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Cualquier pregunta que tenga con relación al estudio o su participación, antes o después de su consentimiento, será contestada por cualquiera de los miembros del equipo de investigación.

Este formulario explica la naturaleza, demandas, beneficios y cualquier riesgo del proyecto. Su participación es voluntaria y puede elegir no participar sin ninguna sanción o pérdida de beneficio.

Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación

Se le entregará una copia de este formulario.

Su firma más abajo indica que consiente en participar en el estudio citado más arriba.

Firma del participante

Nombre Impreso

Fecha

8. DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

"Certifico que he explicado al individuo citado más arriba la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la participación en este estudio de investigación, he contestado todas las preguntas que han surgido, y he sido testigo de la firma. He proporcionado (ofrecido) al sujeto/participante una copia de este documento firmado".

Firma del Investigador

Anexo B. Datos del Programa de Fisioterapia Universidad Nacional de Colombia 2015.

Quadro 8. Estructura del Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014

COMPONENTES	% del Programa	Total créditos	Creditos flexibles
Componente de fundamentación	37.34%	62	11
Componente disciplinar-profesional	42.78%	71	10
Componente de libre elección	19.88%	33	33
Total de créditos flexibles			54
Porcentaje de flexibilidad			32,53%

Fuente: Documento PEP, Departamento del Movimiento Corporal Humano (2013).

Quadro 9. Estructura general de los componentes del Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014

De Fundamentación	Créditos obligatorios	Créditos Optativos	Total
Ciencias básicas	23	6	29
Ciencias sociales y humanas	2	5	7
Análisis del movimiento y sus alteraciones	9	0	9
Fundamentos de investigación	7	0	7
Contextualización en salud	7	0	7
Cuerpo y movimiento	3	0	3
Total	51	11	62

1. Ciencias Básicas.

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Anatomía e histología funcional	2025574	3	SI
Biología General	1000009	3	NO
Biología Molecular y celular	1000010	3	NO
Mecánica y Ondas para Biociencias	1000023	4	SI
Fisiología General	2025569	4	SI
Química Básica	1000041	3	NO
Principios de Bioquímica	2023214	3	NO
Neuroanatomía estructural y funcional	2025577	2	SI
Anatomía osteomuscular	2025575	2	SI
Fluidos y Electromagnetismo para Biociencias	1000022	4	SI
Fisiología del Ejercicio y la Actividad Física	2016248	2	SI
Farmacología	2025480	2	SI

Créditos exigidos en la agrupación Ciencias Básicas: **veintinueve (29)**

2. Ciencias Sociales y Humanas

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Fundamentos de Psicología	2017881	4	NO
Procesos Comunitarios	2017502	3	NO
Psicología Comunitaria	2017903	3	NO
Medicina Social y Salud Colectiva Fundamentos Conceptuales	2024774	3	NO
Salud Y sociedad	2018012	2	NO
Psicología y Salud ocupacional	2017914	3	NO

Medicina y sociedad	2021522	2	NO
Psicología del Desarrollo	2017906	3	NO
Psicopatología	2016276	2	SI

Créditos exigidos en la agrupación Ciencias Sociales y Humanas: **siete (7)**

3. Análisis del movimiento y sus alteraciones

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Biomecánica de Tejidos	2016234	2	SI
Biomecánica Articular y de Movimiento Complejo	2016233	2	SI
Aprendizaje y Control Motor	2016230	2	SI
Patología	2016305	3	SI

Créditos exigidos en la agrupación Análisis del Movimiento y sus Alteraciones: **nueve (9)**

4. Fundamentos de investigación

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Bioestadística Fundamental	1000012	3	SI
Epidemiología	2025483	2	
Fundamentos de Investigación Cualitativa y Cuantitativa	2016251	2	

Créditos exigidos en la agrupación Investigación: **siete (7)**

5. Contextualización en salud.

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Fundamentos de Administración en Salud	2025484	1	SI
Bioética y Legislación	2016231	2	SI
Salud Pública	2025485	2	SI
Diseño, Gestión y Evaluación de Proyectos	2016239	2	SI

Créditos exigidos en la agrupación Contextualización en Salud: **siete (7)**

6. Cuerpo y movimiento

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Historia, Transformaciones y Perspectiva de la Fisioterapia	2016299	1	SI
Taller de Cuerpo y Movimiento	2016282	2	SI

Créditos exigidos en la agrupación Cuerpo y Movimiento: **tres (3)**

Componente Disciplinar - Profesional	Créditos obligatorios	Créditos Optativos	Total de créditos exigidos
Modalidades de interacción fisioterapéutica	10	0	10
Evaluación del movimiento	4	0	4
Principios de interacción fisioterapéutica	12	0	12
Práctica fisioterapéutica	28	0	28
Investigación en fisioterapia	7	0	7
Optativas profesionales	0	4	4
Optativas de profundización I	0	2	2
Optativas de profundización II	0	2	2
Optativas de profundización III	0	2	2
Total	61	10	71

1. Modalidades de interacción fisioterapéuticas

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Tecnología en Rehabilitación	2016284	2	SI
Actividades Básicas de la Vida Diaria	2016227	2	SI
Modalidades Cinéticas: Principios Fundamentales	2016302	2	SI
Modalidades Físicas y Neumáticas	2025481	3	SI
Modalidades Cinéticas: Masoterapia	2025482	1	SI

Créditos exigidos en la agrupación Modalidades de Interacción Fisioterapéuticas: diez (10)

2. Evaluación del movimiento.

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Procesos Evaluativos I	2016308	2	SI
Procesos Evaluativos II	2016309	2	SI

Créditos exigidos en la agrupación Evaluación del Movimiento: **cuatro (4)**

3. Principios de interacción fisioterapéutica

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Patokinesiología Cardiopulmonar	2016269	2	SI
Patokinesiología Osteomuscular y Tegumentario	2016304	2	SI
Patokinesiología Neurológica	2016270	2	SI
Principios de Facilitación del Movimiento	2016273	2	SI
Taller de Prescripción del Ejercicio	2016283	2	SI
Fisioterapia en trabajo y Comunidad	2016249	2	SI

Créditos exigidos en la agrupación Principios de Interacción Fisioterapéutica: **doce (12)**

4. Práctica fisioterapéutica

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Práctica académica en actividad física y deporte	2016271	7	SI
Práctica Académica en Salud Trabajo y Comunidad	2016272	7	SI
Práctica Académica Clínica Adultos	2016306	7	SI
Práctica Académica Clínica Niños	2016307	7	SI

Créditos exigidos en la agrupación Práctica Fisioterapéutica: **veintiocho (28)**

5. Investigación en fisioterapia

Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Seminario de Trabajo de Grado	2016280	1	SI
Trabajo de Grado	2015312	6	SI
Trabajo de Grado-Asignaturas de Posgrado	2015313		

Créditos exigidos en la agrupación Investigación en Fisioterapia: **siete (7)**

6. Optativas profesionales

Nombre De La Asignatura	Código	Créditos	Obligatoria
Comunicación Oral y Escrita I	2016149	3	NO
Música y Bienestar Ocupacional	2016292	2	NO
Mi Cuerpo, su Cuerpo, Nuestros Cuerpos	2016263	2	NO
Hominización	2017367	3	NO
Envejecimiento y vejez	2014882	4	NO
Contexto Bioseguridad	2023478	2	NO
Ingeniería Tisular	2021165	2	NO
Fundamentación y Práctica en Salud de los Trabajadores	2022841	4	NO
Primeros Auxilios	2017939	2	NO
Iniciación a estudios feministas y de género	2022733	3	NO
Cuerpo e imagen	2022733	3	NO
Género, trabajo e identidades	2023908	3	NO

Créditos exigidos en la agrupación Optativas Profesionales: **cuatro (4)**

7. Optativas de profundización I.

Asignatura	Códigos	Créditos	Obligatoria
Actividad Física y Deporte I	2016221	2	NO
Comunidad y Desarrollo Humano I	2016254	2	NO
Kinesioterapia I	2016257	2	NO
Mecánica y Neuromecánica del Movimiento I	2016260	2	NO
Movimiento Corporal Humano Salud y Trabajo I	2016268	2	NO

Créditos exigidos en la agrupación Optativas de Profundización I: **dos (2)**

8. Optativas de profundización II

Asignatura	Códigos	Créditos	Obligatoria
Actividad Física y Deporte I	2016223	2	NO
Comunidad y Desarrollo Humano I	2016255	2	NO
Kinesioterapia I	2016258	2	NO
Mecánica y Neuromecánica del Movimiento I	2016261	2	NO
Movimiento Corporal Humano Salud y Trabajo I	2016266	2	NO

Fuente: Documento PEP, Departamento del Movimiento Corporal Humano (2013).

Quadro 10. Caracterización del grupo docente de planta del Programa de Fisioterapia. Universidad Nacional de Colombia 2014

Género	Categoría	Dedicación en Tiempo	Experiencia docente en la UN en años
Mujer	Profesora Asociada	Tiempo Completo	25
Mujer	Profesora Asociada	Cátedra 07	16
Hombre	Profesor Asociado	Tiempo Completo	29
Hombre	Profesor Asociado	Cátedra 07	6
Mujer	Profesora Asociada	Tiempo Completo	20
Mujer	Profesora Asociada	Cátedra 07	
Mujer	Profesora Asociada	Tiempo Completo	16
Mujer	Profesora Asociada	Cátedra 07	1
Mujer	Profesora Asociada	Cátedra 07	7
Mujer	Profesora Asociada	Tiempo Completo	22
Mujer	Profesora Titular	Dedicación exclusiva	44
Mujer	Profesora Asociada	Cátedra 06	4
Mujer	Profesora Titular	Dedicación exclusiva	33
Mujer	Profesora Asociada	Cátedra 06	6

Fuente: Elaboración propia

**Quadro 11. Resultado de factores de evaluación. Proceso de reacreditación 2011.
Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014**

FACTOR	PONDERACION	PUNTAJE	CALIFICACIÓN
Misión y proyecto institucional	10	93.8	9.38
Características asociadas a los estudiantes	15	88	13.2
Características asociadas a los profesores	15	85.25	12.8
Características asociadas a los procesos académicos	20	87.75	17.6
Características asociadas al Bienestar institucional	10	90	9
Características asociadas a la administración y gestión	10	88.75	8.88
Características asociadas a los egresados e impacto sobre el medio	10	81.3	8.13
Características asociadas a los recursos físicos y financieros	10	83.5	8.35
Juicio explícito y preciso sobre la calidad del programa académico evaluado.	100	87.3	

Fuente: Consejo Nacional de Acreditación (2011) Informe de evaluación externa con fines de renovación de acreditación

ANEXO C Guías e instrumentos

1. Guía de entrevista semiestructurada a expertos

Saludo, presentación de objetivos, firma de consentimiento informado.

Primer núcleo Experiencias profesionales

Segundo núcleo: Cómo caracteriza el vínculo entre el desarrollo de la Fisioterapia en Colombia: (hitos, grandes transformaciones) y la educación superior en Fisioterapia?.

Tercer núcleo: Cómo caracteriza el desarrollo de la educación superior en Fisioterapia; su sentido. Para qué sirve la educación superior en Fisioterapia?

Cuarto núcleo: Cómo caracteriza el desarrollo de la organización del sistema de salud en Colombia y su vínculo con la educación superior en Fisioterapia?

Quinto núcleo: Cuáles son las características actuales del trabajo en lo que se refiere a la práctica profesional en Fisioterapia?.

- a. Hacer – pensar; operar – dirigir; reproducir – crear.
- b. Desarrollo tecnológico, técnicas y automatización; Especialización.
- c. Valoración - descalificación de la profesión: Valoración social (sentido de la profesión; rol profesional, condición salarial y de trabajo)
- c. Fragmentación del proceso, las tareas y las actividades (problematización diseño, gestión, operación sistematización, evaluación, cambios).
- e. Dominación de otros – autonomía - Control. (Relaciones entre profesiones, entre colegas con los usuarios).
- f. Relación individuo – colectivo: identidad, competencia – solidaridad -trabajo colaborativo;
- g. Realización – satisfacción profesional – Insatisfacción.

Sexto núcleo: Cuál es su balance general de la situación hoy en día del desarrollo profesional y de la práctica profesional en términos de fortalezas y debilidades? Cuál es el vínculo de estos aspectos con la educación?

2. Instrumento codificado de evaluación de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas.

ESTUDIO DE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS EN COLOMBIA			
PREGUNTA	CODIGO DE PREGUNTA	RESPUESTA	CODIGO
Numero de documento de identidad	1	Numero de documento	N/A
Universidad de egresado del pregrado	2	Universidad Nacional de Colombia	200
Otro . Especifique	3	Dejar el dato exacto	
Edad	4	<20	1
		21- 30 años	2
		31- 40 años	3
		41 - 50 años	4
		51 - 60 años	5
		61- 70 años	6
		> 70 años	7
Sexo	5	masculino	1
		femenino	2
Año de graduacion. Pregrado de Fisioterapia	6	<1960	1
		1961 - 1970	2
		1971 - 1980	3
		1981 - 1990	4
		1991 - 2000	5
		2001 - 2010	6
		> 2010	7
Departamento de Colombia donde trabaja.	7	Dejar el dato exacto	
Municipio de Colombia donde trabaja.	8	Dejar el dato exacto	
Estado civil	9	Soltero (a)	1
		Casado (a)	2
		separado (a)	3
		Union libre	4
		Viudo (a)	5
Escolaridad. Señale el maximo grado alcanzado.	10	Pregado	1
		Especializacion	2
		Maestria	3
		Doctorado	4
		Post Doctorado	5
Otros estudios. Elija NO APLICA si no tiene otros estudios en relacion con la lista	11	Otros pregrados	1
		Entrenamiento certificado	2
		entrenamiento cretificado y otros pregrados	3
		No aplica	9999

CALIFICACION DE LA VIVIENDA Y ACCESO A SERVICIOS PUBLICOS			
Servicios publicos con que cuenta la vivienda	12	Agua	No 0 Si 1
		Luz	No 0 Si 1
		Gas	No 0 Si 1
		Telefono	No 0 Si 1
		Internet	No 0 Si 1
Estrato en el que se clasifica su lugar de residencia. Escoger NO APLICA para el caso de personas fuera de Colombia o en areas rurales donde no existe extratificacion	13	0	0
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		6	6
		No aplica	9999
Numero de personas a cargo. Dependen economicamente de usted. Si es ninguna coloque 0.	14	0	0
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		6	6
		7	7
		8	8
		9	9
		10	10
Tenencia de la vivienda	15	Propia	1
		Alquiler	2
		Familiar	3
ASPECTOS PROFESIONALES GENERALES			
Tiempo de egresado de pregrado	16	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
Tiempo de egresado de especializacion (si aplica)	17	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
Tiempo de egresado de maestria (si aplica)	18	menor a un año	1
		1 - 5 años	2

		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
Tiempo de egresado de doctorado (si aplica)	19	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
Tiempo de egresado de post doctorado (si aplica)	20	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
Tiempo de egresado de entrenamiento certificado (si aplica)	21	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
TIEMPO DE VINCULACION LABORAL			
Tiempo de ejercicio profesional en actividades de fisioterapia	22	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
Tiempo de ejercicio profesional en actividades relacionadas con estudios de educación superior diferentes a la fisioterapia (Si aplica)	23	menor a un año	1
		1 - 5 años	2
		6 - 10 años	3
		11- 15 años	4
		mayor de 15 años	5
		No dato	8888
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL			
Tiempo transcurrido desde el grado hasta la obtencion del primer trabajo de fisioterapia	24	menor a un año	1
		1 - 2 años	2
		3 - 4 años	3
		4- 5 años	4
		mayor de 6 años	5
		No dato	8888
Si ha estado cesante, ¿cuánto tiempo ha sido?	25	menor a un año	1
		1 - 2 años	2
		3 - 4 años	3
		4- 5 años	4
		mayor de 6 años	5

		No dato	8888
¿Esta trabajando actualmente? Trabajo relacionado con la profesion	26	No	0
		Si	1
cuantos empleos relacionados con la profesion tiene actualmente	27	1	1
		2	2
		3	3
		mas de 3	4
		No aplica	9999
CAMPOS DE DESEMPEÑO ASOCIADOS AL PERFIL PROFESIONAL			
Educacion superior (incluye docencia, investigacion y gestion)	28	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Asistencial (desempeño asistencial)	29	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Investigacion (investigacion formal fuera de la academia)	30	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Administracion (cargo administrativo)	31	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Asesoria / Consultoria	32	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
AREAS DE DESEMPEÑO ASOCIADOS AL PERFIL PROFESIONAL			
Deporte y actividad fisica	33	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888

Cardiopulmonar	34	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Neurologia	35	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Vascular	36	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Osteomuscular	37	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Salud ocupacional	38	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Salud Publica	39	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Estetica	40	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
otra	41	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5

		No dato	8888
Especifique aquí la tarea. Utilice mayúsculas sostenidas	42	Dejar el dato exacto	
AREAS DE DESEMPEÑO. Responda las siguientes preguntas en la relación a su(s) trabajo(s) actual(es)			
Institucion hospitalaria de primer nivel de atencion	43	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Institucion hospitalaria de segundo nivel de atencion	44	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Institucion hospitalaria de tercer nivel de atencion	45	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Institucion de actividad fisica y/o deporte	46	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Desempeño particular clinico	47	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Desempeño particular no clinico	48	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Institucion educativa Universitaria	49	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Institucion educativa de educacion basica y media	50	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Domiciliaria	51	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Empresa o industria	52	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2

		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
Otro	53	Trabajo dependiente (asalariado)	1
		Trabajo independiente	2
		Trabajo independiente (empleador)	3
		No dato	8888
si en la pregunta areas de desempeño escogio otro, especifique el lugar. Use mayusculas sostenidas	54	Dejar el dato exacto	
Desempeño profesional por ciclos vitales			
Infancia	55	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Adolescencia	56	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Adultez	57	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Adulto mayor	58	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Porcentaje estimado de la jornada semanal dedicado a (Si no aplica deje en blanco)			
Prevencion / Promocion	59	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4
		76 - 100%	5
		No dato	8888
Atencion / rehabilitacion	60	Menor a 10%	1
		10 - 25%	2
		26- 50%	3
		51 - 75%	4

		76 - 100%	5	
		No dato	8888	
CONDICIONES SOCIALES DE TRABAJO				
Empresa privada	61	tiempo completo	1	
		tiempo parcial	2	
		medio tiempo	3	
		por horas	4	
		No aplica	9999	
organización sin animo de lucro	62	tiempo completo	1	
		tiempo parcial	2	
		medio tiempo	3	
		por horas	4	
		No aplica	9999	
Empresa publica	63	tiempo completo	1	
		tiempo parcial	2	
		medio tiempo	3	
		por horas	4	
		No aplica	9999	
otro	64	tiempo completo	1	
		tiempo parcial	2	
		medio tiempo	3	
		por horas	4	
		No aplica	9999	
El tipo de contratacion que tiene actualmente es: (Puede marcar mas de una opcion)	65		No	0
		a termino indefinido	si	1
			No	0
		a termino fijo	Si	1
			No	0
		por labor u obra	Si	1
			No	0
		Ocasional	Si	1
			No	0
		Prestacion de servicios	Si	1
			No	0
		Convencion colectiva	Si	1
			No	0
		Libre nombramiento y remocion	Si	1
			No	0
		Carrera administrativa profesional (Empleados publicos)	Si	1
			No	0
		carrera administrativa por nombramiento	Si	1
			No	0
		Independiente	Si	1
			No	0
		otro	Si	1
		La(s) entidad(es) donde usted	66	Productivo

labora pertenece(n) al sector: (Seleccione varias opciones si en la pregunta anterior ha respondido que tiene varios empleos relacionados con la profesion)			Si	1
			No	0
		Salud	Si	1
			No	0
		Educativo	Si	1
			No	0
		servicios	Si	1
		Otro	Dejar textual	
los ingresos mensuales que usted recibe derivados de su ejercicio profesional son	67	No aplica	9999	
		Menos de 1 salario minimo	1	
		Entre 1 y 2 salarios minimos	2	
		Entre 2 y 3 salarios minimos	3	
		Entre 3 y 4 salarios minimos	4	
		Entre 4 y 6 salarios minimos	5	
		Entre 6 y 8 salarios minimos	6	
		Entre 8 y 10 salarios minimos	7	
su jornada de trabajo es: (Puede seleccionar mas de una opcion)	68		No	0
		Diurna	Si	1
			No	0
		Nocturna	Si	1
			No	0
		Mixta	Si	1
			No	0
		Disponibilidad	Si	1
Otro	Dejar textual			
si su jornada laboral es nocturna, usted trabaja: (Puede marcar mas de una opcion)	69		No	0
		Noche de por medio	Si	1
			No	0
		Todas las noches	Si	1
		otro	Dejar textual	
Si su jornada es diurna o mixta usted trabaja	70	De lunes a viernes	1	
		De lunes a sabado	2	
		De lunes a domingo	3	
		Solo los fines de semana	4	
		No aplica	9999	
el promedio de horas diarias que trabaja en su jornada laboral es	71	4 horas	1	
		6 horas	2	
		8 horas	3	
		10 horas	4	
		12 horas	5	
		mas de 12 horas	6	
Ademas de su jornada habitual usted realiza turnos	72	Fin de semana	1	
		No realiza	2	
Disfruta usted de vacaciones pagas al año	73	No	0	
		Si	1	

Con que frecuencia percibe que en su trabajo se expone a			
Vibracion	74	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Posicion bipeda o sedente prolongada	75	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Malas posturas	76	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Movimientos repetitivos	77	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Levantamiento de cargas	78	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
con que frecuencia percibe que en su trabajo tiene			
Pausas y descansos	79	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Horario flexible	80	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Tareas rutinarias	81	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2

		Casi siempre	3	
		Siempre	4	
		No dato	8888	
Capacitacion	82	Nunca	0	
		Casi nunca	1	
		Algunas veces	2	
		Casi siempre	3	
		Siempre	4	
		No dato	8888	
Responsabilidades excesivas	83	Nunca	0	
		Casi nunca	1	
		Algunas veces	2	
		Casi siempre	3	
		Siempre	4	
		No dato	8888	
Buena comunicación	84	Nunca	0	
		Casi nunca	1	
		Algunas veces	2	
		Casi siempre	3	
		Siempre	4	
		No dato	8888	
Participacion en la toma de decisiones	85	Nunca	0	
		Casi nunca	1	
		Algunas veces	2	
		Casi siempre	3	
		Siempre	4	
		No dato	8888	
percepcion de las características de muebles y equipos con los que trabaja				
muebles de oficina	86	Adecuado	1	
		Inadecuado	2	
		No aplica	9999	
Mobiliario de consultorio	87	Adecuado	1	
		Inadecuado	2	
		No aplica	9999	
Equipos y tecnologia	88	Adecuado	1	
		Inadecuado	2	
		No aplica	9999	
CONDICIONES SOCIALES DE TRABAJO				
Realiza atencion domiciliaria	89	No	0	
		Si	1	
Usted es contactado por sus pacientes/usuarios a traves de: (Puede escoger varias respuestas. Escoja No aplica para el caso de no atender usuarios particulares ni domicilios)	90	Empresa	No	0
			Si	1
		Internet	No	0
			Si	1
		Recomendación de otro	No	0

		profesional	Si	1
		Conocidos	No	0
			Si	1
		Aviso publicitario	No	0
			Si	1
		No aplica	9999	
		Otro	Dejar textual	
¿Cuanto cobra por sesion? Escoja No aplica para el caso de no atender usuarios particulares ni domicilios	91	Menos de 10.000 pesos	1	
		10.000 a 19.999 pesos	2	
		20.000 a 29.999 pesos	3	
		30.000 a 39.999 pesos	4	
		40.000 a 49.999 pesos	5	
		50.000 a 99.999 pesos	6	
		100.000 pesos o mas	7	
		No aplica	9999	
¿Utiliza equipos propios? Escoja No aplica para el caso de no atender usuarios particulares ni domicilios	92	No	0	
		Si	1	
		No aplica	9999	
¿Trabaja dentro de su area de residencia? Escoja No aplica para el caso de no atender usuarios particulares ni domicilios	93	No	0	
		Si	1	
		No aplica	9999	
CONDICIONES SOCIALES DEL TRABAJO (Aspectos para actividades contratadas e independientes)				
Salud	94	No	0	
		Si	1	
Pension	95	No	0	
		Si	1	
Riesgos Laborales	96	No	0	
		Si	1	
Caja de compensacion familiar	97	No	0	
		Si	1	
Su vinculacion a seguridad social es asumida por:				
Salud	98	Empleador	1	
		Usted mismo	2	
		No aplica	9999	
Pension	99	Empleador	1	
		Usted mismo	2	
		No aplica	9999	
Riesgos Laborales	100	Empleador	1	
		Usted mismo	2	
		No aplica	9999	
Caja de compensacion familiar	101	Empleador	1	
		Usted mismo	2	
		No aplica	9999	
CALIDAD DE VIDA LABORAL				
¿Considera que su trabajo produce consecuencias negativas para su	102	Nunca	0	
		Casi nunca	1	

salud?		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Considera que su trabajo le reduce el tiempo para su vida personal?	103	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Sus propuestas laborales son escuchadas y aplicadas?	104	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿La empresa busca mejorar su calidad de vida?	105	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Se siente satisfecho con el salario que recibe?	106	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿El dinero que recibe le permite satisfacer las necesidades BASICAS de su familia?	107	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿El dinero que recibe le permite satisfacer las necesidades de RECREACION de su familia?	108	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Su trabajo le ofrece posibilidades de ascenso/promocion?	109	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Tiene apoyo de sus compañeros en	110	Nunca	0

el trabajo?		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿La cantidad y complejidad de trabajo se ajusta a los tiempos destinados para la realización de las actividades laborales?	111	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Se lleva trabajo para la casa?	112	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Es presionado por superiores para la realización de su trabajo?	113	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Su trabajo es importante para la vida de otras personas?	114	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Su familia comprende las implicaciones de su trabajo?	115	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Se siente satisfecho con el trabajo que realiza?	116	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Se siente capacitado para la realización del trabajo que realiza?	117	Nunca	1
		Casi nunca	2
		Algunas veces	3
		Casi siempre	4
		Siempre	5
		No dato	8888

Reconocimiento social, individual y colectivo (Valor social de la profesion)			
Se considera reconocido como profesional por: Sus pacientes/usuarios	118	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Sus colegas	119	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Las demas personas en el trabajo	120	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Sus estudiantes (si aplica)	121	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Su familia	122	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
Autonomia e identidad profesional			
¿Su jefe inmediato es mujer? (Elija NO APLICA en caso de ser independiente)	123	No	0
		Si	1
		No aplica	9999
Con respecto a las siguientes preguntas escoja de la escala la que mas se acerque a su realidad (En caso de No aplicar deje en blanco)			
¿Su jefe inmediato define su agenda de trabajo?	124	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
		No dato	8888
¿Es usted primer consultante?	125	Nunca	1
		Casi nunca	2
		Algunas veces	3
		Casi siempre	4

		Siempre	5
¿Participa activamente en la elaboracion e implementacion de guias?	126	Nunca	1
		Casi nunca	2
		Algunas veces	3
		Casi siempre	4
		Siempre	5
¿Su papel en la elaboracion de guias es de liderazgo? (Si aplica)	127	Nunca	1
		Casi nunca	2
		Algunas veces	3
		Casi siempre	4
		Siempre	5
Con respecto a las intervenciones y sesiones asistenciales realizadas por usted, quien define:			
¿ Sobre que diagnostico se basa para iniciar la intervencion?	128	Medico	1
		Fisioterapeutico	2
		No aplica	9999
En su lugar de trabajo, en los ultimos 3 años ¿se han incorporado nuevas guias. Protocolos, instrumentos o equipos, software que inciden en el desempeño profesional?	129	No	0
		Si	1
		No aplica	9999
¿Cómo califica sus acciones profesionales en terminos de favorecer el desempeño profesional?	130	Muy malo	1
		Malo	2
		Regular	3
		Bueno	4
		Muy bueno	5
		No sabe	6
Valor social de la profesion y el objeto de estudio (Responda solo aquellas opciones que aplican para su caso)			
¿Considera que la comunidad reconoce su profesion?	131	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
¿Considera que las politicas gubernamentales hacen reconocieminto de su profesion?	132	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
¿Considera que sus pacientes/usuarios reconocen su objeto de estudio?	133	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
¿Considera que sus familiares reconocen su objeto de estudio?	134	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4

¿Considera que sus amigos reconocen su objeto de estudio?	135	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
¿Considera que sus compañeros de trabajo (No fisioterapeutas) reconocen su objeto de estudio?	136	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
¿Se considera satisfecho con sus logros profesionales?	137	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
¿Se considera satisfecho con sus logros academicos?	138	Nunca	0
		Casi nunca	1
		Algunas veces	2
		Casi siempre	3
		Siempre	4
Participacion social y politica - Asociatividad			
¿Ha participado en cargos publicos de eleccion popular?	139	No	0
		Si	1
¿Ha participado en la generacion de politicas nacionales?	140	No	0
		Si	1
¿Se encuentra asociado a ASCOFI?	141	No	0
		Si	1
¿Se encuentra asociado a COLFI?	142	No	0
		Si	1
¿Se encuentra afiliado a otra forma organizativa? (Asociaciones profesionales, gremiales comunitarias, cientificas, politicas, sindicales, deportivas, culturales)	143	No	0
		Si	1
Procesos Juridicos			
¿Ha tenido eventos adversos en su ejercicio profesional que requieren asistencia legal?	144	No	0
		Si	1
¿Ha tenido procesos juridicos relacionados con el ejercicio de la profesion?	145	No	0
		Si	1
¿Cuenta con apoyo legal para eventos relacionados con el ejercicio de la profesion?	146	No	0
		Si	1
CONDICIONES DE SALUD DE LOS FISIOTERAPEUTAS			
En comparacion con otras personas de su misma edad ¿Cómo considera su estado de salud?	147	Muy malo	1
		Malo	2
		Regular	3
		Bueno	4
		Excelente	5
¿Considera usted que su condicion	148	Nunca	0

de trabajo afecta su condicion general de salud?		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
¿Usted ha sufrido accidentes en su lugar de trabajo?	149	No	0
		Si	1
¿El accidente genero lesiones incapacitantes? (Si respondio NO a la pregunta anterior, marque NO APLICA)	150	No	0
		Si	1
		No aplica	9999
¿Qué tipo de incapacidad genero? (Si no ha tenido accidentes marque la opcion NO APLICA)	151	Menor a 3 dias	1
		Incapacidad temporal	2
		Incapacidad permanente parcial	3
		Incapacidad permanente total	4
		Gran Invalidez	5
		No aplica	9999
¿Cuántos dias de incapacidad ha tenido en las ultimas cuatro semanas?	152	1 -2 dias	1
		3- 4 dias	2
		5 - 6 dias	3
		7 - 8 dias	4
		9 - 10 dias	5
		Mayor a 10 dias	6
		No ha tenido	7
EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS POR LOS FISIOTERAPEUTAS EN EL ULTIMO AÑO			
Enfermedad respiratoria aguda	153	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Úlcera o gastritis	154	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Nerviosismo con irritabilidad	155	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Zumbidos de oído - sordera	156	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Dolor articular	157	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2

		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Varices	158	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Mareo, Nauseas, vomito, desmayos	159	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Disturbios del sueño	160	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Enfermedad de los ojos	161	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Lumbalgia	162	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Enfermedades de la piel	163	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Cervicalgia	164	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Parasitosis intestinal	165	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4
Dolor en miembros superiores	166	Nunca	0
		Rara vez	1
		Algunas veces	2
		Con frecuencia	3
		Siempre	4

¿Qué otros eventos de salud ha tenido?	167	Dejar textual	
Con respecto a las intervenciones y sesiones asistenciales realizadas por usted, quien define: (Responda No aplica en caso de no realizar sesiones ni intervenciones asistenciales)			
¿El inicio y finalizacion de las intervenciones?	168	Usted como fisioterapeuta	1
		Su jefe inmediato (Si aplica)	2
		El medico remitente	3
		Otro	4
		No aplica	9999
¿La duracion de cada intervencion asistencial?	169	Usted como fisioterapeuta	1
		Su jefe inmediato (Si aplica)	2
		El medico remitente	3
		Otro	4
		No aplica	9999
¿La frecuencia de la sesion?	170	Usted como fisioterapeuta	1
		Su jefe inmediato (Si aplica)	2
		El medico remitente	3
		Otro	4
		No aplica	9999
¿La cantidad de sesiones asistenciales?	171	Usted como fisioterapeuta	1
		Su jefe inmediato (Si aplica)	2
		El medico remitente	3
		Otro	4
		No aplica/vacias	9999

3. Guía de grupo focal de egresados. Estudio sobre condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas, Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2013

Saludos, presentación de objetivos, firma de consentimiento informado, acuerdos metodológicos.

Componentes

1. Políticas y sistemas

¿Qué aspectos de la organización de las políticas y sistemas de salud inciden en la salud y el bienestar de los profesionales? De qué manera inciden en su bienestar y su salud? ¿consideran que estos aspectos han cambiado en el tiempo y por qué? ¿En qué momento, cómo por qué? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre estos aspectos y de qué manera?

2. Valoración social

¿Cómo se dan las relaciones personales y profesionales entre los colegas y compañeros de trabajo en su ambiente de trabajo? Estas formas de relación inciden en su bienestar y su salud? ¿Cómo? ¿Usted considera que las formas de relación personal y profesional han cambiado en el tiempo? ¿En qué momento, cómo, por qué? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre estos aspectos y de qué manera? ¿Cuál consideran que es la valoración social de la profesión en su medio? ¿Qué fortalezas y debilidades identifica en la proyección social de la profesión? ¿consideran que esta valoración ha cambiado en el tiempo? ¿En qué momento, cómo, por qué? ¿La valoración de la profesión afecta el bienestar y la salud? ¿Cómo?

3. Campos y sentidos de desempeño

¿Conocen o Identifican nuevos campos de proyección profesional? Consideran que estos nuevos campos inciden en su bienestar y su salud? ¿Cómo? ¿En qué momento y por qué se dan estas transformaciones? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre nuevos campos de proyección? De qué manera? ¿Conocen o identifican campos de proyección profesional que se vienen debilitando o que ya no existen? ¿Consideran que estas transformaciones inciden en su bienestar y su salud? ¿Cómo? ¿En qué momento y por qué se dan estas transformaciones? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre la pérdida o debilitamiento de campos profesionales y de qué manera?.

4. Condiciones de trabajo

¿Cuáles son las condiciones de trabajo que más inciden en su bienestar y su salud? ¿Cómo inciden? ¿Usted considera que las condiciones de trabajo han cambiado en el tiempo? ¿En qué momento cómo, por qué? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre estos aspectos y de qué manera?

5. Identidad profesional, participación y organización

¿Cómo caracterizan la participación y organización suya y de los colegas, como agente propositivo para la formulación e instauración de programas de desarrollo o mejoramiento en los servicios al interior de las entidades (clínicas, empresas, políticas públicas? Usted considera que este aspecto incide en su bienestar y su salud? ¿Cómo? ¿Usted considera que este aspecto ha cambiado en el tiempo? En qué momento, cómo y por qué? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre este aspecto y de qué manera?

6. Condiciones de calidad de vida

¿Cuál es su percepción en términos de la calidad de vida de los fisioterapeutas? (Baja calidad de vida, tendencia a una baja calidad de vida, buena calidad de vida, tendencia a una óptima calidad de vida y óptima calidad de vida) ¿Por qué? ¿Esta condición de la calidad de vida se relaciona con su bienestar y su salud? ¿Cómo? ¿Usted considera que este aspecto ha cambiado en el tiempo? En qué momento, cómo y por qué? ¿Ustedes creen que se puede incidir sobre este aspecto y de qué manera?

7. Perfil de morbilidad

¿Identifica impactos positivos o negativos en su salud como resultado de su trabajo profesional?

4. Guía de entrevista semiestructurada a docentes. Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014

Saludos, presentación de objetivos, firma de consentimiento informado.

Primer núcleo Cuáles son sus Experiencias profesionales, particularmente las vinculadas con la docencia universitaria. Describalas.

Segundo núcleo: Cómo caracteriza el vínculo entre el desarrollo profesional de la Fisioterapia en Colombia (Campos y áreas de desempeño) y la educación superior en Fisioterapia.

Tercer núcleo: Cómo caracteriza el desarrollo de la organización del sistema de salud en Colombia y su vínculo con la educación superior en Fisioterapia?

Cuarto núcleo: Cómo caracteriza el desarrollo de la educación superior en Fisioterapia; su sentido. Para qué sirve la educación superior en Fisioterapia?

Quinto Núcleo: Del programa de la Universidad Nacional de Colombia

1. Grandes Transformaciones del programa de educación superior en Fisioterapia en la Universidad Nacional. Si puede establezca periodos o grandes hitos
2. Fortalezas y debilidades de la estructura general del currículo.

Sexto Núcleo. De su experiencia docente

- 1.Cuál es su Responsabilidades específica en el currículo?.
2. En relación a su responsabilidad en el currículo, describa el modelo pedagógico que usted desarrolla? Cuáles son los énfasis que han colocado en el aprendizaje?
3. ¿Qué intencionalidades en el aprendizaje prioriza? ¿Qué valores?
4. Qué modalidades utiliza? (Clases teóricas, Seminarios y talleres, Clases prácticas, Prácticas externas y Tutorías) (Estudio y trabajo en grupo, Estudio y trabajo autónomo individual)
5. Qué método utiliza? (Método expositivo/lección magistral; Estudio de casos, Resolución de ejercicios y problemas, Aprendizaje basado en problemas, Aprendizaje orientado a proyectos, Aprendizaje cooperativo, y Contrato de aprendizaje).

Séptimo núcleo: Sentido de la evaluación: Para qué evalúa? Qué evalúa? Quien evalúa? Cómo evalúa? Describa las Características de la evaluación que usted realiza?.

Octavo núcleo: De las condiciones del trabajo docente y su impacto en la formación.

Cuáles son las principales características de las condiciones de trabajo docente y su impacto en la formación?

Noveno núcleo: Valoración sobre el resultado final del proceso formativo de la Universidad Nacional: fortalezas y debilidades.

5 Guía de grupos focales con estudiantes. Programa Curricular de Fisioterapia, Universidad Nacional, 2014

Saludos, presentación de objetivos, firma de consentimiento informado.

Primer núcleo: Caracterización del bloque curricular de qué se trata. Asignaturas y contenidos.

Segundo núcleo: Valoración del proceso de aprendizaje

Aspectos de organización. Identificar fortalezas y debilidades

Aspectos de contenido. Expectativas, desarrollos, pertinencia, identidad, autonomía.

Sentidos – intencionalidad – valores del aprendizaje. Énfasis que han colocado su profesores en el aprendizaje en este semestre. Otros énfasis que los hayan marcado durante el proceso de aprendizaje.

Uso de Modalidades pedagógicas. Cuáles son las modalidades pedagógicas más comunes? ¿cuál es el balance frente a ellas?

Métodos: ¿Cuáles son los métodos pedagógicos más comunes? ¿cuál es el balance frente a ellos?

Evaluación: Sentido de la evaluación: ¿Cuáles son los métodos de evaluación más comunes? ¿cuál es el balance frente a ellos? Evidenciar aciertos y fortalezas del aprendizaje, Mostrar las fallas y los errores en el proceso de enseñanza y aprendizaje, Hacer palpable las dificultades.

Características de la evaluación. ¿Cuáles son las principales características de la forma de Evaluación? Cuál su utilidad? Identificar fortalezas y debilidades.

Factores que afectan o favorecen el proceso de formación en la UN. Valoración sobre el resultado final del proceso formativo de la Universidad Nacional? fortalezas y debilidades.

Tercer núcleo. Valoración del contexto

¿Cuál es la Valoración del desarrollo de la Fisioterapia en Colombia?.

¿Cuál es la Valoración del desarrollo de la organización del sistema de salud en Colombia?.

¿Cuál es la Valoración del desarrollo de la educación superior. Sentido de la educación superior?. Para qué sirve la educación superior en Fisioterapia?

¿Cuál es la Valoración de las condiciones del trabajo docente y su impacto en la formación?.

ANEXOS D. ANÁLISIS CUANTITATIVO. ESTUDIO DE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE LOS EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, 1980 – 2012.

Tabla 1. Condiciones sociodemográficas. Egresados Programa de Fisioterapia. Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERÍSTICAS		n	%
Edad	21- 30 años	92	45,8%
	31- 40 años	71	35,3%
	41 - 50 años	32	15,9%
	51 - 60 años	6	3,0%
Género	Masculino	33	16,4%
	Femenino	168	83,6%
Departamento de Colombia donde trabaja	Antioquia	16	8,0%
	Bogota D.C	146	72,6%
	Bolivar	1	,5%
	Boyacá	2	1,0%
	Cauca	1	,5%
	Cesar	3	1,5%
	Cundinamarca	13	6,5%
	Huila	1	,5%
	Meta	3	1,5%
	Nariño	3	1,5%
	Norte de santander	3	1,5%
	Santander	4	2,0%
	Tolima	1	,5%
	Valle del cauca	1	,5%
	No respuesta	3	1,5%
Estado civil	Soltero (a)	110	54,7%
	Casado (a)	52	25,9%
	separado (a)	13	6,5%
	Unión libre	25	12,4%
	Viudo (a)	1	,5%
Número de personas a cargo. Dependen económicamente de usted. Si es ninguna coloque No.	0	107	53,2%
	1	45	22,4%
	2	33	16,4%
	3	11	5,5%
	4	3	1,5%
	5	1	,5%
	6	1	,5%

Tabla 2. Escolaridad. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012.

CARACTERISTICAS		n	%
Escolaridad. Máximo grado alcanzado	Pregrado	94	46,8%
	Posgrado	107	53,2%
Otros estudios	Otros pregrados	10	5%
	Entrenamiento certificado	53	26.5%
	No aplica	137	68.1%
Año de graduación pregrado	1981 – 1990	25	12,4%
	1991 – 2000	31	15,4%
	2001 - 2010	108	53,7%
	> 2010	37	18,4%

Tabla 3. Campos de desempeño. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012

Campos de desempeño profesional		n	%	Tiempo de jornada	n	%
Educación superior (incluye docencia, investigación y gestión)	NO	112	55,7%			
	SI	89	44,3%	Menor a 10%	24	27,0%
				10 - 25%	12	13,5%
				26- 50%	10	11,2%
				51 - 75%	18	20,2%
				76 - 100%	25	28,1%
Asistencial (desempeño asistencial)	NO	41	20,4%			
	SI	160	79,6%	Menor a 10%	20	12,5%
				10 - 25%	17	10,6%
				26- 50%	23	14,4%
				51 - 75%	28	17,5%
				76 - 100%	72	45%
Investigación (investigación formal fuera de la academia)	NO	140	69,7%			
	SI	61	30,3%	Menor a 10%	26	42,6%
				10 - 25%	16	26,2%
				26- 50%	13	21,3%
				51 - 75%	4	6,6%
				76 - 100%	2	3,3%
Administración (cargo administrativo)	NO	127	63,2%			
	SI	74	36,8%	Menor a 10%	23	31,1%
				10 - 25%	20	27,0%
				26- 50%	8	10,8%
				51 - 75%	9	12,2%
				76 - 100%	14	18,9%
Asesoría / Consultoría	NO	136	67,7%			
	SI	65	32,3%	Menor a 10%	25	38,5%
				10 - 25%	23	35,4%
				26- 50%	6	9,2%
				51 - 75%	4	6,1%
				76 - 100%	7	10,8%

Tabla 4. Áreas de desempeño profesional. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Áreas de Desempeño profesional		n	%	Tiempo de desempeño	n	%
Deporte y actividad física	No	106	52,7%			
	Sí	95	47,3%	Menor a 10%	36	37,9%
				10 - 25%	18	19,0%
				26- 50%	14	14,7%
				51 - 75%	12	12,6%
				76 - 100%	15	15,8%
Cardiopulmonar	No	133	66,2%			
	Sí	68	33,8%	Menor a 10%	17	25,0%
				10 - 25%	8	11,8%
				26- 50%	12	17,6%
				51 - 75%	10	14,7%
				76 - 100%	21	30,9%
Neurología	No	117	58,2%			
	Sí	84	41,8%	Menor a 10%	18	21,7%
				10 - 25%	14	16,9%
				26- 50%	24	28,9%
				51 - 75%	11	13,3%
				76 - 100%	16	19,3%
Vascular	No	170	84,6%			
	Sí	31	15,4%	Menor a 10%	17	54,8%
				10 - 25%	7	22,6%
				26- 50%	4	12,9%
				51 - 75%	3	9,7%
				76 - 100%		0,0%
Osteomuscular	No	77	38,3%			
	Sí	124	61,7%	Menor a 10%	11	8,9%
				10 - 25%	24	19,4%
				26- 50%	30	24,2%
				51 - 75%	27	21,8%
				76 - 100%	32	25,8%
Salud ocupacional	No	143	71,1%			
	Sí	58	28,9%	Menor a 10%	13	22,4%
				10 - 25%	13	22,4%
				26- 50%	13	22,4%
				51 - 75%	3	5,2%
				76 - 100%	16	27,6%
Salud Pública	No	164	81,6%			
	Sí	37	18,4%	Menor a 10%	8	21,6%
				10 - 25%	5	13,5%
				26- 50%	4	10,8%
				51 - 75%	8	21,6%
				76 - 100%	12	32,4%
Estética	No	183	91,0%			
	Sí	18	9,0%	Menor a 10%	16	88,9%
				10 - 25%	1	5,6%
				26- 50%		0,0%
				51 - 75%	1	5,6%
				76 - 100%		0,0%
Otra	No	159	79,1%			
	Sí	42	20,9%	Menor a 10%	10	23,8%
				10 - 25%	8	19,0%
				26- 50%	8	19,0%
				51 - 75%	5	11,9%
				76 - 100%	11	26,2%

Tabla 5. Escenario de práctica y Sector . Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS			n	%
ESCENARIO DE PRACTICA	Institución hospitalaria de primer nivel de atención	No	172	85,6%
		Si	29	14,4%
	Institución hospitalaria de segundo nivel de atención	No	190	94,5%
		Si	11	5,5%
	Institución hospitalaria de tercer nivel de atención	No	151	75,1%
		Si	50	24,9%
	Institución de actividad física y/o deporte	No	183	91,0%
		Si	18	9,0%
	Desempeño particular clínico	No	158	78,6%
		Si	43	21,4%
	Desempeño particular no clínico	No	170	84,6%
		Si	31	15,4%
	Institución educativa Universitaria	No	137	68,2%
		Si	64	31,8%
	Institución educativa de educación básica y media	No	198	98,5%
		Si	3	1,5%
La(s) entidad(es) donde usted labora pertenece(n) al sector:	Domiciliaria	No	124	61,7%
		Si	77	38,3%
	Empresa o industria	No	168	83,6%
		Si	33	16,4%
	Otro	No	182	90,5%
		Si	19	9,5%
	Productivo	No	193	97,0%
		Si	6	3,0%
	Salud	No	73	36,5%
		Si	127	63,5%
	Educativo	No	129	64,5%
		Si	71	35,5%
	Servicio	No	194	96,5%
		Si	7	3,5%

Tabla 6. Desempeño por ciclos vitales. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

DESEMPEÑO PROFESIONAL POR CICLOS VITALES		n	%
Infancia	No	89	44,3%
	Si	112	55,7%
Adolescencia	No	89	44,3%
	Si	112	55,7%
Adultez	No	34	16,9%
	Si	167	83,1%
Adulto mayor	No	77	38,3%
	Si	124	61,7%

Tabla 7. Nivel de intervención. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS			n	%
Dedicación a:	Prevención / Promoción	No	72	35,8%
		Si	129	64,2%
	Atención / rehabilitación	No	45	22,4%
		Si	156	77,6%

Tabla 8. Tiempo de egresado de pregrado. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
Tiempo de egresado de pregrado	menor a un año	19	9,5%
	1 - 5 años	65	32,3%
	6 - 10 años	52	25,9%
	11- 15 años	28	13,9%
	mayor de 15 años	37	18,4%
Tiempo de egresado de especialización	menor a un año	14	16,5%
	1 - 5 años	36	42,4%
	6 - 10 años	21	24,7%
	11- 15 años	11	12,9%
	mayor de 15 años	3	3,5%
Tiempo de egresado de maestría	menor a un año	16	38,1%
	1 - 5 años	19	45,2%
	6 - 10 años	4	9,5%
	11- 15 años	1	2,4%
	mayor de 15 años	2	4,8%
Tiempo de egresado de doctorado	11- 15 años	1	100%

Tabla 9. Tiempo de ejercicio profesional. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
Tiempo de ejercicio profesional en actividades de fisioterapia	menor a un año	27	13,8%
	1 - 5 años	71	36,2%
	6 - 10 años	46	23,5%
	11- 15 años	20	10,2%
	mayor de 15 años	32	16,3%
Tiempo de ejercicio profesional en actividades relacionadas con estudios de educación superior diferentes a la fisioterapia	menor a un año	17	21,8%
	1 - 5 años	31	39,7%
	6 - 10 años	12	15,4%
	11- 15 años	10	12,8%
	mayor de 15 años	8	10,3%

Tabla 10. Tiempo transcurrido desde el grado hasta la obtención del primer trabajo de Fisioterapia. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
Tiempo transcurrido desde el grado hasta la obtención del primer trabajo de fisioterapia	menor a un año	166	84,7 %
	1 - 5 años	22	11,2 %
	6 - 10 años	6	3,1%
	mayor de 15 años	2	1,0%

Tabla 11. Desempleo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012.

CARACTERISTICAS		n	%
Tiempo Desempleado	menor a un año	68	33.8%
	1 - 2 años	21	10.4%
	3 - 4 años	3	1.5%
	No aplica	109	54.2%

Tabla 12. Empleo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
Empleo actual relacionado con la profesión	No	17	8,5%
	Si	184	91,5%

Tabla 13. Multiempleo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
Empleos relacionados con la profesión tiene actualmente	1	147	79,0 %
	2	34	18,3 %
	3	2	1,1%
	más de 3	3	1,6%

Tabla 14. Cobro por Atención domiciliaria. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
Valor de la consulta domiciliaria	Menos de 10.000 pesos	3	2,9%
	10.000 a 19.999 pesos	11	10,7%
	20.000 a 29.999 pesos	16	15,5%
	30.000 a 39.999 pesos	39	37,9%
	40.000 a 49.999 pesos	18	17,5%
	50.000 a 99.999 pesos	16	15,5%
Utilización de equipos	No	5	4,7%
	Si	101	95,3%
Trabajo en área de residencia	No	51	48,1%
	Si	55	51,9%

Tabla 15. Valoración social de la profesión. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%	
¿Su trabajo es importante para la vida de otras personas?	No	12	6,0%	
	Si	189	94,0%	
¿Su familia comprende las implicaciones de su trabajo?	No	13	6,5%	
	Si	188	93,5%	
Se considera reconocido como profesional por:	Sus pacientes/usuarios	No	17	8,5%
		Si	184	91,5%
	Sus colegas	No	15	7,5%
		Si	186	92,5%
	Las demás personas en el trabajo	No	21	10,4%
		Si	180	89,6%
	Su familia	No	12	6,0%
		Si	189	94,0%
¿Considera que la comunidad reconoce su profesión?	No	41	20,4%	
	Si	160	79,6%	
¿Considera que las políticas gubernamentales hacen reconocimiento de su profesión?	No	141	70,1%	
	Si	60	29,9%	

Tabla 16. Tipo y Formas de contratación. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Característica		Recuento	% del N de columna
Tipo de vinculación	Indirecta	52	28,3%
	Directa	97	52,7%
	Dos tipos vinculación	35	19,0%
Forma de vinculación			
A término indefinido	No	128	69,6%
	Si	56	30,4%
A término fijo	No	134	72,8%
	Si	50	27,2%
Por labor u obra	No	167	90,8%
	Si	17	9,2%
Ocasional	No	175	95,1%
	Si	9	4,9%
Convencion colectiva	No	183	99,5%
	Si	1	,5%
Libre nombramiento y remoción	No	181	98,4%
	Si	3	1,6%
Carrera administrativa profesional (Empleados publicos)	No	182	98,9%
	Si	2	1,1%
Carrera administrativa por nombramiento	No	175	95,1%
	Si	9	4,9%
Independiente	No	151	82,1%
	Si	33	17,9%
Prestación de servicios	No	118	64,1%
	Si	66	35,9%

Tabla 17. Naturaleza jurídica del lugar de trabajo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Característica			n	%
Actualmente está vinculado a	Empresa privada	Si	136	67,7%
		No	65	32,3%
	organización sin ánimo de lucro	Si	26	12,9%
		No	175	87,1%
	Empresa pública	Si	49	24,4%
		No	152	75,6%
	Otro	Si	18	9,0%
		No	183	91,0%

Tabla 18. Ingresos mensuales. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012.

Ingresos	n	%	Promedio de horas	n	%
Menos de 2 salario mínimos	57	28,4%	4 horas	21	36,8%
			6 horas	19	33,3%
			8 horas	9	15,8%
			Más de 8 horas	8	14,1%
Entre 2 y 4 salarios mínimos	94	46,7%	4 horas	6	6,4%
			6 horas	23	24,5%
			8 horas	39	41,5%
			Más de 8 horas	26	27,6%
Más de 4 salarios mínimos	50	24,9%	4 horas	2	4,0%
			6 horas	10	20,0%
			8 horas	17	34,0%
			Más de 8 horas	21	42,0%

Tabla 19. Seguridad social. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012.

CARACTERÍSTICAS			n	%	Vinculación asumida por	n	%
¿Cotiza usted para seguridad social?	Salud	No	17	8,5%			
		Si	184	91,5%	Empleador	106	57,6%
	Pensión	No	27	13,4%	Usted mismo	78	42,4%
		Si	174	86,6%	Empleador	105	60,3%
					Usted mismo	69	39,7%
	Riesgos Laborales	No	42	20,9%			
		Si	159	79,1%	Empleador	110	69,2%
					Usted mismo	49	30,8%
	Caja de compensación familiar	No	75	37,3%			
		Si	126	62,7%	Empleador	105	83,3%
					Usted mismo	21	16,7%

Tabla 20. Vacaciones. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012.

CARACTERISTICAS		n	%
Disfruta usted de vacaciones pagas al año	No	107	53,2%
	Si	94	46,8%

Tabla 21. Exposiciones riesgosas del trabajo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 – 2012.

CARACTERISTICAS			N	%
Con que frecuencia percibe que en su trabajo se expone a	Vibración	No	154	76,6%
		Si	47	23,4%
	Posición bípeda o sedente prolongada	No	25	12,4%
		Si	176	87,6%
	Malas posturas	No	65	32,3%
		Si	136	67,7%
	Movimientos repetitivos	No	66	32,8%
		Si	135	67,2%
	Levantamiento de cargas	No	94	46,8%
		Si	107	53,2%
Con que frecuencia percibe que en su trabajo tiene:	Tareas rutinarias	No	47	23,4%
		Si	154	76,6%
	Responsabilidades excesivas	No	70	34,8%
		Si	131	65,2%
¿Es presionado por superiores para la realización de su trabajo?		No	117	58,2%
		Si	84	41,8%

Tabla 22. Muebles y equipos. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS			n	%
percepción de las características de muebles y equipos con los que trabaja	Muebles de oficina	Adecuado	99	62,7%
		Inadecuado	59	37,3%
	Mobiliario de consultorio	Adecuado	83	75,5%
		Inadecuado	27	24,5%
	Equipos y tecnología	Adecuado	116	66,7%
		Inadecuado	58	33,3%

Tabla 23: Exigencias del trabajo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Característica		Frecuencia	Porcentaje	
Jornada Diurna	No	44	21,9%	
	Si	157	78,1%	
Jornada Nocturna	No	193	96,0%	
	Si	8	4,0%	
Jornada Mixta	No	171	85,1%	
	Si	30	14,9%	
Disponibilidad	No	177	88,1%	
	Si	24	11,9%	
El promedio de horas diarias que trabaja en su jornada laboral es	4 horas	29	14,4%	
	6 horas	52	25,9%	
	8 horas	65	32,3%	
	Más de 8 horas	55	27,4%	
Además de su jornada habitual usted realiza turnos	Fin de semana	59	29,4%	
	No realiza	142	70,6%	
¿Se lleva trabajo para la casa?	No	95	47,3%	
	Si	106	52,7%	
Con qué frecuencia percibe que en su trabajo tiene	Pausas y descansos	No	54	26,9%
		Si	147	73,1%
	Horario flexible	No	72	35,8%
		Si	129	64,2%
	Capacitación	No	72	35,8%
		Si	129	64,2%
	Buena comunicación	No	31	15,4%

	Participación en la toma de decisiones	Si	170	84,6%
		No	46	22,9%
		Si	155	77,1%
¿La cantidad y complejidad de trabajo se ajusta a los tiempos destinados para la realización de las actividades laborales?		No	69	34,3%
		Si	132	65,7%
¿Su trabajo le ofrece posibilidades de ascenso/promoción?		No	123	61,2%
		Si	78	38,8%
¿Se siente capacitado para la realización del trabajo que realiza?		No	8	4,0%
		Si	193	96,0%
¿Sus propuestas laborales son escuchadas y aplicadas?		No	37	18,4%
		Si	164	81,6%
Tiene apoyo de sus compañeros en el trabajo?		No	29	14,4%
		Si	172	85,6%
En su lugar de trabajo, en los últimos 3 años ¿se han incorporado nuevas guías. Protocolos, instrumentos o equipos, software que inciden en el desempeño profesional?		No	42	26,4%
		Si	117	73,6%
¿Participa activamente en la elaboración e implementación de guías?		No	69	34,3%
		Si	132	65,7%
¿Su papel en la elaboración de guías es de liderazgo?		No	89	44,3%
		Si	112	55,7%

Tabla 24. Identidad y autonomía. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

¿Su jefe inmediato define su agenda de trabajo?	Muestra total: 201		Los que hacen asistencia; 160	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	98	48,8%	77	48,1%
Si	103	51,2%	83	51,9%
¿Es usted primer consultante?	Frecuencia	Porcentaje		
No	88	43,8%	66	41,2%
Si	113	56,2%	94	58,8%
¿El inicio y finalización de las intervenciones?	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usted como fisioterapeuta	109	54.2%	100	62,5%
Su jefe inmediato (Si aplica)	11	5.5%	11	6,9%
El medico remitente	33	16.4%	29	18,1%
Otro	6	3%	6	3,8%
No respuesta	42	20.9%	14	8,7%
¿La duración de cada intervención asistencial	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usted como fisioterapeuta	108	53.8%	98	61,3%
Su jefe inmediato (Si aplica)	33	16.5%	31	19,3%
El medico remitente	3	1,5%	3	1,9%

Otro	13	6.5%	12	7,5%
No respuesta	44	21.8%	16	10,0%
¿La frecuencia de la sesión?	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usted como fisioterapeuta	107	53.2%	98	61,3%
Su jefe inmediato (Si aplica)	17	8.4%	16	10,0%
El medico remitente	24	12.0%	22	13,7%
Otro	10	5.0%	9	5,6%
No respuesta	43	21.4%	15	9,4%
¿La cantidad de sesiones asistenciales?	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usted como fisioterapeuta	82	40.8%	75	46,9%
Su jefe inmediato (Si aplica)	13	6.5%	13	8,1%
El medico remitente	54	26.9%	48	30,0%
Otro	8	4.0%	8	5,0%
No respuesta	44	21.9%	16	10,0%
Sobre que diagnóstico se basa para iniciar su intervención	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico	90	44.7%	77	48,1%
Fisioterapéutico	81	40,3%	74	46,2%
No respuesta	30	15.0%	9	5,7%

Tabla 25. Participación y organización gremial, social y ciudadana. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
¿Ha participado en cargos públicos de elección popular?	No	191	95,0%
	Si	10	5,0%
¿Ha participado en la generación de políticas nacionales?	No	178	88,6%
	Si	23	11,4%
¿Se encuentra asociado a ASCOFI?	No	189	94,0%
	Si	12	6,0%
¿Se encuentra asociado a COLFI?	No	181	90,0%
	Si	20	10,0%
¿Se encuentra afiliado a otra forma organizativa? (Asociaciones profesionales, gremiales comunitarias, científicas, políticas, sindicales, deportivas, culturales)	No	151	75,1%
	Si	50	24,9%
¿Cómo califica sus acciones profesionales en términos de favorecer el desempeño profesional?	Malo	4	2%
	Regular	13	6,5%
	Bueno	177	88.1%
	No sabe	7	3,5%

Tabla 26. Estrato, tenencia de la vivienda y servicios públicos. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%	
Estrato en el que se clasifica su lugar de residencia.	1	2	1,0%	
	2	33	16,7%	
	3	99	50,0%	
	4	50	25,3%	
	5	14	7,1%	
Tenencia de la vivienda	Propia	76	37,8%	
	Alquiler	58	28,9%	
	Familiar	67	33,3%	
Servicios públicos	agua	No	1	,5%
		Si	200	99,5%
	luz	Si	201	100,0%
		gas	No	14
	Si		187	93,0%
	teléfono	No	23	11,4%
		Si	178	88,6%
	internet	No	11	5,5%
Si		190	94,5%	

Tabla 27. Satisfacción personal y laboral. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Considera que su trabajo reduce el tiempo para su vida personal	Frecuencia	Porcentaje
No	68	33,8%
Si	133	66,2%
La empresa busca mejorar su calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
No	80	39,8%
Si	121	60,2%
Se siente satisfecho con el salario que recibe	Frecuencia	Porcentaje
No	80	39,8%
Si	121	60,2%
El dinero que recibe le permite satisfacer las necesidades básicas de su familia	Frecuencia	Porcentaje
No	27	13,4%
Si	174	86,6%
El dinero que recibe le permite satisfacer las necesidades de recreación de su familia	Frecuencia	Porcentaje
No	64	31,8%
Si	137	68,2%
¿Se considera satisfecho con sus logros profesionales?	Frecuencia	Porcentaje
No	17	8,5%
Si	184	91,5%

¿Se considera satisfecho con sus logros académicos?	Frecuencia	Porcentaje
No	14	7,0%
Si	187	93,0%
Se siente satisfecho con el trabajo que realiza	Frecuencia	Porcentaje
No	14	7,0%
Si	187	93,0%

Tabla 28. Percepción del estado de salud. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
¿Cómo considera su estado de salud?	Malo	9	4,5%
	Regular	42	20,9%
	Bueno	116	57,7%
	Excelente	34	16,9%
¿Considera usted que su condición de trabajo afecta su condición general de salud?	Nunca	16	8,0%
	Algunas veces	140	69,6%
	Siempre	45	22,4%
¿Considera que su trabajo produce consecuencias negativas para su salud?	No	66	32,8%
	Si	135	67,2%

Tabla 29. Eventos en salud. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Enfermedad respiratoria aguda	Frecuencia	Porcentaje
No	106	52,7%
Si	95	47,3%
Úlcera o gastritis	Frecuencia	Porcentaje
No	107	53,2%
Si	94	46,8%
Nerviosismo con irritabilidad	Frecuencia	Porcentaje
No	113	56,2%
Si	88	43,8%
Zumbidos de oído – sordera	Frecuencia	Porcentaje
No	174	86,6%
Si	27	13,4%
Dolor articular	Frecuencia	Porcentaje
No	58	28,9%
Si	143	71,1%
Varices	Frecuencia	Porcentaje
No	133	66,2%
Si	68	33,8%
Mareo, Náuseas, vómito, desmayos	Frecuencia	Porcentaje
No	155	77,1%
Si	46	22,9%
Disturbios del sueño	Frecuencia	Porcentaje
No	97	48,3%
Si	104	51,7%
Enfermedad de los ojos	Frecuencia	Porcentaje
No	124	61,7%
Si	77	38,3%
Lumbalgia	Frecuencia	Porcentaje
No	47	23,4%
Si	154	76,6%
Enfermedades de la piel	Frecuencia	Porcentaje
No	152	75,6%
Si	49	24,4%
Cervicalgia	Frecuencia	Porcentaje
No	51	25,4%
Si	150	74,6%
Parasitosis intestinal	Frecuencia	Porcentaje
No	166	82,6%
Si	35	17,4%
Dolor en miembros superiores	Frecuencia	Porcentaje
No	66	32,8%
Si	135	67,2%

Tabla 30. Accidentes de trabajo e incapacidades. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

CARACTERISTICAS		n	%
¿Cuántos días de incapacidad ha tenido en las últimas cuatro semanas?	1 -2 días	11	5,5%
	3- 4 días	6	3,0%
	5 - 6 días	1	,5%
	Mayor a 10 días	2	1,0%
	No ha tenido	181	90,0%
¿Usted ha sufrido accidentes en su lugar de trabajo?	No	166	82,6%
	Si	35	17,4%
¿El accidente genero lesiones incapacitantes?	No	19	54,3%
	Si	16	45,7%
¿Qué tipo de incapacidad género?	Menor a 3 días	11	61,1%
	Incapacidad temporal	6	33,3%
	Incapacidad permanente parcial	1	5,6%

Tabela 31. Condiciones diferenciales por campo de actuación. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

			Educación superior		Asistencia		Investigación		Administración		Asesoría / Consultoría	
			n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna	n	% del N de la columna
	Escolaridad	Pregrado	24	27,0%	83	51,9%	23	37,7%	33	44,6%	69	50,7%
		Posgrado	65	73,0%	77	48,1%	38	62,3%	41	55,4%	67	49,3%
	¿Está trabajando actualmente? Trabajo relacionado con la profesión	No	5	5,6%	10	6,3%	4	6,6%	4	5,4%	13	9,6%
		Si	84	94,4%	150	93,8%	57	93,4%	70	94,6%	123	90,4%
Calidad del empleo	Vinculación directa	No	21	23,6%	53	33,1%	19	31,1%	29	39,2%	45	33,1%
		Si	68	76,4%	107	66,9%	42	68,9%	45	60,8%	91	66,9%
	Salario	- de 2 Salarios	10	11,2%	49	30,6%	8	13,1%	13	17,6%	45	33,1%
		Entre 2 y 4	39	43,8%	79	49,4%	33	54,1%	34	45,9%	61	44,9%
		+ de 4	40	44,9%	32	20,0%	20	32,8%	27	36,5%	30	22,1%
	Cotiza Salud	No	61	68,5%	84	54,9%	35	57,4%	35	49,3%	77	61,1%
		Si	28	31,5%	69	45,1%	26	42,6%	36	50,7%	49	38,9%
	Cotiza Pensión	No	60	69,0%	84	58,3%	35	59,3%	35	50,0%	77	64,7%
		Si	27	31,0%	60	41,7%	24	40,7%	35	50,0%	42	35,3%
	Cotiza Riesgos Laborales	No	60	74,1%	87	66,9%	35	66,0%	38	62,3%	81	71,1%
		Si	21	25,9%	43	33,1%	18	34,0%	23	37,7%	33	28,9%
	Cotiza Caja de compensación	No	60	84,5%	83	80,6%	35	76,1%	37	80,4%	76	83,5%
		Si	11	15,5%	20	19,4%	11	23,9%	9	19,6%	15	16,5%
	Disfruta usted de vacaciones	No	44	49,4%	86	53,8%	35	57,4%	42	56,8%	69	50,7%
		Si	45	50,6%	74	46,3%	26	42,6%	32	43,2%	67	49,3%
Organización de las tareas	promedio de horas diarias que trabaja en su jornada laboral	4 horas	7	7,9%	21	13,1%	6	9,8%	4	5,4%	23	16,9%
		6 horas	20	22,5%	45	28,1%	14	23,0%	22	29,7%	35	25,7%
		8 horas	29	32,6%	49	30,6%	19	31,1%	24	32,4%	42	30,9%
		Más de 8 horas	33	37,1%	45	28,1%	22	36,1%	24	32,4%	36	26,5%
	Se lleva trabajo para su casa	No	28	31,5%	85	53,1%	24	39,3%	33	44,6%	71	52,2%
		Si	61	68,5%	75	46,9%	37	60,7%	41	55,4%	65	47,8%
nes de calidad	El trabajo le reduce el	No	19	21,3%	50	31,3%	15	24,6%	21	28,4%	51	37,5%

	tiempo para su vida personal	Si	70	78,7%	110	68,8%	46	75,4%	53	71,6%	85	62,5%
	¿Se siente satisfecho con el salario que recibe?	No	28	31,5%	64	40,0%	21	34,4%	29	39,2%	53	39,0%
		Si	61	68,5%	96	60,0%	40	65,6%	45	60,8%	83	61,0%
Condiciones de salud	Su trabajo produce consecuencias negativas para la salud	No	32	36,0%	49	30,6%	20	32,8%	22	29,7%	45	33,1%
		Si	57	64,0%	111	69,4%	41	67,2%	52	70,3%	91	66,9%

Tabela 32. Condiciones de trabajo según campo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Condiciones de empleo por campo de desempeño		Educacion superior				p	Asistencia				p
		No		Si			No		Si		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ingresos mensuales	Menor 2 SMLV	35	35,0%	9	10,7%	,000*	2	5,9%	42	28,0%	,000*
	Entre 2 y 4	55	55,0%	36	42,9%		14	41,2%	77	51,3%	
	Más de 4 SMLV	10	10,0%	39	46,4%		18	52,9%	31	20,7%	
Vacacione s pagas	No	53	53,0%	40	47,6%	,467	15	44,1%	78	52,0%	,407
	Si	47	47,0%	44	52,4%		19	55,9%	72	48,0%	
Salud	No	9	9,0%	1	1,2%	---	0	0,0%	10	6,7%	---
	Si	91	91,0%	83	98,8%		34	100,0 %	140	93,3%	
Pensión	No	14	14,0%	5	6,0%	,074	1	2,9%	18	12,0%	---
	Si	86	86,0%	79	94,0%		33	97,1%	132	88,0%	
Riesgos Laborales	No	22	22,0%	9	10,7%	,042*	1	2,9%	30	20,0%	,016*
	Si	78	78,0%	75	89,3%		33	97,1%	120	80,0%	
Caja de compensa cion familiar	No	43	43,0%	16	19,0%	,001*	5	14,7%	54	36,0%	,016*
	Si	57	57,0%	68	81,0%		29	85,3%	96	64,0%	
Forma de contrato directa	No	35	35,0%	17	20,2%	,027*	7	20,6%	45	30,0%	,271
	Si	65	65,0%	67	79,8%		27	79,4%	105	70,0%	

Tabela 33. Condiciones de trabajo según nivel de educación. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Condiciones de empleo		Formación de posgrado				p
		No		Si		
		n	%	n	%	
Ingresos mensuales	Menor 2 SMLV	42	44,7%	15	14,0%	,000*
	Entre 2 y 4	44	46,8%	50	46,7%	
	Más de 4 SMLV	8	8,5%	42	39,3%	
Vacaciones pagas	No	57	60,6%	50	46,7%	,074
	Si	37	39,4%	57	53,3%	
Salud	No	10	10,6%	7	6,5%	---
	Si	84	89,4%	100	93,5%	
Pensión	No	18	19,1%	9	8,4%	,04*
	Si	76	80,9%	98	91,6%	
Riesgos Laborales	No	26	27,7%	16	15,0%	0,065
	Si	68	72,3%	91	85,0%	
Caja de compensacion familiar	No	46	48,9%	29	27,1%	,002*
	Si	48	51,1%	78	72,9%	

Tabela 34. Condiciones de trabajo según tiempo de egresado. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Condiciones de empleo		Año de graduación								p
		1981 - 1990		1991 - 2000		2001 - 2010		> 2010		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ingresos mensuales	Menor 2 SMLV	2	8,7%	6	20,0%	20	20,2%	16	50,0%	,000*
	Entre 2 y 4	8	34,8%	8	26,7%	59	59,6%	16	50,0%	
	Más de 4 SMLV	13	56,5%	16	53,3%	20	20,2%	0	0,0%	
Vacaciones pagas	No	8	34,8%	10	33,3%	55	55,6%	20	62,5%	,034*
	Si	15	65,2%	20	66,7%	44	44,4%	12	37,5%	
Salud	No	0	0,0%	2	6,7%	5	5,1%	3	9,4%	---
	Si	23	100,0%	28	93,3%	94	94,9%	29	90,6%	
Pensión	No	3	13,0%	4	13,3%	8	8,1%	4	12,5%	---
	Si	20	87,0%	26	86,7%	91	91,9%	28	87,5%	
Riesgos Laborales	No	4	17,4%	6	20,0%	15	15,2%	6	18,8%	,918
	Si	19	82,6%	24	80,0%	84	84,8%	26	81,3%	
Caja de compensacion familiar	No	5	21,7%	8	26,7%	28	28,3%	18	56,3%	,013*
	Si	18	78,3%	22	73,3%	71	71,7%	14	43,8%	
Forma de contrato directo	No	8	34,8%	8	26,7%	26	26,3%	10	31,3%	,836
	Si	15	65,2%	22	73,3%	73	73,7%	22	68,8%	

Tabela 35. Condiciones de trabajo según sexo. Egresados Programa de Fisioterapia, Universidad Nacional de Colombia, 1980 - 2012

Condiciones de empleo		Sexo				p
		Hombre		Mujer		
		n	%	n	%	
Ingresos mensuales	Menor 2 SMLV	9	33,3%	35	22,3%	,083
	Entre 2 y 4	8	29,6%	83	52,9%	
	Más de 4 SMLV	10	37,0%	39	24,8%	
Vacaciones pagas	No	14	51,9%	79	50,3%	,883
	Si	13	48,1%	78	49,7%	
Salud	No	2	7,4%	8	5,1%	---
	Si	25	92,6%	149	94,9%	
Pensión	No	3	11,1%	16	10,2%	---
	Si	24	88,9%	141	89,8%	
Riesgos Laborales	No	7	25,9%	24	15,3%	---
	Si	20	74,1%	133	84,7%	
Caja de compensacion familiar	No	11	40,7%	48	30,6%	,296
	Si	16	59,3%	109	69,4%	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agredo SV, Toro AA, Tonón TY. Perfil y requerimientos de formación del Fisioterapeuta en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. *Revista CES Movimiento y Salud*. 2014;2(2):65-79.

Althusser L. *Aparelhos ideológicos de Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado*. Rio de Janeiro: Graal; 2001. v.8.

Alvarado ML. Reflexiones humanistas sobre conocimiento y servicios en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje. *Rev Fac Med*. 1986;40(3):321-326.

Alvarado ML. *Qué es Terapia Física? Un reconocimiento de la identidad profesional. Requisito de promoción a profesor asistente*. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional; 1990.

Alvarado ML. ¿Qué es terapia física? una reflexión sobre la identidad profesional. *Rev Fac Med*. 1995;43(3):200-203.

ANEC. Asociación Nacional de Enfermedad de Colombia. Base de datos del RUN aporta indicadores sociolaborales de profesionales de enfermería. *Rev. ANEC*. 2014a.;78:44-45.

ANEC. Principales indicadores socio laborales de Enfermería en Colombia. *Rev. ANEC*. 2014b;79:6-9.

ANECA. Libro Blanco. *Título de grado Fisioterapia. Informe de la Comisión de evaluación del diseño del Título de Grado de Fisioterapia* [Internet]. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, España; 2004. [citado 2014 dez. 12]. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150428/libroblanco_jun05_fisioterapia.pdf

Apple MW. A crisis educacional atual: entrevista com Michael Apple. In: Shaughnessy MF, Sardoc M, Ghiraldelli PJ, Bendassolli PF (organizadores). *Filosofia, educação e política*. Trad. de Pedro Fernando Bendassolli. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.

Aristizabal M. La irrupción de la teoría curricular a partir de 1960 y su influencia en las reformas educativas en Colombia. *Rev. Acción Pedagógica*. 2012;21:28-37.

Aristizabal M, Calvache LC, Castro, BGI, Fernández FA, Lozada OL, Mejía SML, Zuñiga CJO. Aproximación crítica al concepto de currículo. *Revista IERED*. 2005;1(2):1-12.

Arruda AML. *Historia da Educação e da Pedagogia*. 3ª ed. São Paulo: Moderna; 2006.

ASCOFI. Asociación Colombiana de Fisioterapia. Asociación Colombiana de Fisioterapia 50 años. *Rev ASCOFI*. 2003;(spe): 5-109.

ASCOFI. Asociación Colombiana de Fisioterapia. *Caracterización de la profesión de Fisioterapia en Colombia*. Bogotá: ASCOFI – SENA; 2008.

Ayala GJ. *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional*, número 204. Banco de la República. Cartagena: Centro de estudios económicos regionales (CEER); 2014.

Baéz OM. La doctrina utilitarista inglesa en la universidad colombiana del siglo XIX. *Rhela*. 2009;12:96-110.

Barón J. Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: probabilidad de empleo formal y salarios. *Lecturas de Economía*. 2012;76:55-86.

Barros FB. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. *FisioBrasil*. 2003;59:20-31.

Batista SSS, Freire E. *Educação, sociedade e trabalho*. 1a ed. São Paulo: Erica; 2014.

Baudelot, C. Eestablent, R. *L'école capitaliste en France*. Paris: Maspero; 1976.

Blau R, Bolus S, Carolan T, Kramer D, Mahoney E, Jette D, Beal J. The experience of providing physical therapy in a changing health care environment. *Physical Therapy*. 2002; 82:7.

Bourdieu P, Passeron, J-C. *A reprodução*. Petrópolis, Río de Janeiro: Editora Vozes; 2008.

Bourdieu PA. Escola conservadora: As desigualdades frente à escola e à cultura. In: Nogueira MA, Catani A. (Org.). *Escritos e Educação*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 39-64.

Bowles S, Gintis H. *Schooling in Capitalist America: Education Reform and the Contradictions of Economic Life*. New York: Basic Books Inc; 1976.

Breilh J. Las Ciencias de la Salud Pública en la construcción de una prevención profunda Determinantes y proyecciones. In: Rodríguez MI (coordinadora). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud. 1994 p.63-100.

Brighton Labour Process Group. O processo de trabalho capitalista. In: Silva TT (organizadora). *Trabalho, educação e prática social: por uma teoria da formação humana*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p.15-93.

Brito QPE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8:43-54.

Burbano GL. Colombia. In: Guadilla CG. *Pensamiento Universitario Latinoamericano: Pensadores y Forjadores*. Caracas: CENDES/IESALC/UNESCO; 2008. p.169-202.

Buttigieg JA. Educação e hegemonia. In: Coutinho CN, Teixeira AP (organizadores). *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 39-50.

Camba SS. *Autonomía profesional y acceso directo en fisioterapia*. Conferencia inaugural XIV Congreso Nacional de Fisioterapia. Madrid 26 -27 de abril 2012.

Carnoy M. La dialéctica de la Educación y el trabajo. In: Enguita MF. *Marxismo y Sociología de la Educación*. Madrid: Akal Universitaria; 1986. p. 19-41.

Castro SM, Rodríguez CML, Moreno LC, Vicente MC, Arroyo MM, Fernández FMJ. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*. 2006;28(1):17–22.

Chomsky,N. *El neoliberalismo tomó por asalto a las universidades*. El Espectador, 13 Mar 2014. [Internet] [citado 2015 fev. 11]. Disponible em: <http://www.elespectador.com/noticias/educacion/el-neoliberalismo-tomo-asalto-universidades-noam-chomsk-articulo-480438>.

Cobo MEA. Repensando los periodos de la fisioterapia en Colombia. *Rev. salud. hist. Sanid*. 2011;6(1):4.

CNA. Consejo Nacional de Acreditación. *Informe de evaluación externa con fines de renovación de la acreditación* [Documento]. Bogotá: Programa de Fisioterapia Universidad Nacional de Colombia; 2011.

CNA. Consejo Nacional de Acreditación. *Boletín Estadístico*. CNA [Internet]. 2014. [citado 2015 fev. 11]. Disponible em: http://www.cna.gov.co/1741/articles-322100_recurso_2.pdf.

Congreso de la República. Colombia. *Decreto No 1056 de 1954*. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la Fisioterapia. Diario Oficial, Bogotá, 9 de abr. 1954. No 28453.

Congreso de la República. Colombia. *Decreto No 2566 de 2003*. Por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 10 de sep. 2003. No 45308.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 39 1903*. Sobre instrucción pública. Diario Oficial, Bogotá, 30 de oct.1903. No 11.931.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 9 de 1976*. Por la cual se reglamenta la profesión de la Fisioterapia. Diario Oficial, Bogotá, 13 de feb. 1976. No 34489.

Congreso de la República. Colombia *Ley No 50 de 1990*. Por la cual se introducen reformas al código sustantivo de trabajo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 1 de ene.1991. No 39.618.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 30 de 1992*. Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Diario Oficial, Bogotá, 29 de dic. 1992. No 40.700.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 100 de 1993*. Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 23 de dic.1993. No 41.148.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 115 de 1994*. Por la cual se expide la ley General de Educación. Diario Oficial, Bogotá, 8 de feb. 1994.No 41.214.

Congreso de la Republica. Colombia. *Ley No 528 de 1999*. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 20 set. 1999. No. 43.711.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 789 de 2002*. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo del trabajo. Diario Oficial, Bogotá, 27 de dic. 2002. No 45046.27.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 1164 de 2007*. Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud. Diario Oficial, Bogotá, 3 de oct 2007. No 46.771.

Congreso de la República. Colombia. *Ley No 1122 de 2007*. Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 9 de ene. 2007. No 46.506.

Colombia. Ministerio de Salud y protección social. *Resolución 5521 de 2013*. Por la cual se define aclara y actualiza integralmente, el Plan Obligatorio de salud POS. Diario Oficial, Bogotá, 27 de dic. 2013. No 49.019.

Colombia. Congreso de la República. *Ley 1438 de 2011*. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 19 de ene. 2011. No 47.957.

Colombia. Congreso de la República. *Ley Estatutaria No 1751 de 2015*. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, Feb 16 de 2015. No 49427.

Consejo Académico. *Acuerdo No 35 de 1992*. Por el cual se aprueba la reforma académica del pregrado de la carrera de Terapia Física de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 27 de nov. 1992. Acta 08.

Consejo Académico. *Acuerdo No 003 de 2002*. Por el cual se autoriza la apertura del programa curricular de postgrado: Maestría de Discapacidad e Inclusión social, en la Facultad de Medicina de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia y se aprueba su plan de estudios. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 22 de may. 2002. Acta 3.

Consejo Académico. *Acuerdo No 069 de 2002*. Por el cual se modifica la denominación del programa curricular de pregrado: Terapia Física por Fisioterapia y se cambia el título de Terapeuta Física (o) por el de Fisioterapeuta en la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 11 de dic. 2002. Acta 9.

Consejo Académico. *Acuerdo No 031 de 2009*. Por el cual se modifica la estructura del Plan de estudios del programa curricular de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia, para ajustarse al Acuerdo 033 de 2007 del CSU. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 29 de may. 2009. Acta 04

Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. *Acuerdo 256 de 2014*. Por el cual se modifica el plan de estudios del programa curricular de Fisioterapia de la facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá y se derogan los Acuerdos 137 de 2012 y 181 de 2013 del Consejo de facultad. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 22 de may. 2013. Acta 17.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 4 de 1966*. Por el cual se crean las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del lenguaje de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 20 de ene. 1966. Acta 2.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 15 de 1976*. Por el cual se dictan disposiciones sobre el cambio de título de las carreras de terapia- Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 9 de mar. 1976. Acta 5.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 0017 de 1976*. Por el cual se aprueba el plan de estudios para la carrera de Terapia Física de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 15 de mar. 1977. Acta 7.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 121 de 1985*. Por medio del cual se crea en la Facultad de Medicina el Departamento de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje, con las sesiones de la Fisio-cinética Humana, la Ocupación Humana y la Comunicación Humana. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 18 de dic. 1985.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 037 de 2005*. Por el cual se definen y reglamentan los programas curriculares de pregrado y de postgrado que ofrece la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 13 de sep. 2005. Acta 19.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 033 de 2007*. Por el cual se establecen los lineamientos básicos para el proceso de formación de los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia a través de sus programas curriculares. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 26 de nov. 2007. Acta 11.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 008 de 2008*. Por el cual se adopta el estatuto estudiantil de la Universidad Nacional de Colombia en sus disposiciones académicas. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 15 de abr. 2008. Acta 03.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 031 de 2008*. Por el cual se adopta la estructura y organización de la Facultad de Medicina, Sede Bogotá Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 11 de nov. 2008. Acta 13.

CSU. Consejo Superior Universitario. *Acuerdo No 013 de 2011*. Por el cual se crea el programa curricular Maestría en fisioterapia del Deporte y la Actividad Física en la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 16 de ago. 2011. Acta 06.

Correa CZ, Muñoz ZI, Chaparro AF. Burnout syndrome in teachers from two universities in Popayán, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2010;12(4):589–598.

Coutinho CN. *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916 – 1935*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.

Darragh AR, Huddleston W, King P. Work-related musculoskeletal injuries and disorders among occupational and physical therapists. *Am J Occup Ther.* 2009;63(3):351-362.

Deem R. *Schooling for Women's Work*. London: Routledge & Kegan Paul; 1980.

Defensoria del Pueblo. *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud*. Bogotá: La Defensoria del Pueblo; 2007.

Defensoria del Pueblo. *La tutela y el derecho a la salud 2012* [Internet]. Bogotá; 2013 [citado 2015 mai. 9]. Disponible en: <http://gestarsalud.com/logrosycriterios/images/PDF/tuteladerechosalud2012.pdf>

Departamento del Movimiento Corporal Humano. *Proyecto Educativo De Programa - PEP-. Autoevaluación y seguimiento de los programas de pregrado*. Fisioterapia. [Documento]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, 2013 pg. 52.

Dewey, J. Democracy and Education. *An introduction to the philosophy of education*. New York: MacMillan; 1916.

Encuentro Nacional de Académicos de la Salud. *Ante la crisis del sistema de salud la academia tiene la palabra. Pronunciamento de las instituciones académicas y de los centros de investigación de la salud sobre la necesidad de una reforma* [Internet]. Medellín: Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2012. [citado 2015 maio 9]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918013>.

Enguia MF. *Marxismo y Sociología de la Educación*. Madrid: Akal; 1986.

Espinoza MM. Inspección y vigilancia en el proyecto de reforma a la educación superior. *Rev Pensamiento Jurídico*; 2011;31:15-42.

Farné S. *Boletín del observatorio del mercado de trabajo y la seguridad social* [Internet]. Bogotá: Observatorio Laboral Bogotá; 2006;9:43. [citado 2015 fev. 10]. Disponible en: http://www.uexternado.edu.co/derecho/pdf/observatorio_mercado_trabajo/boletin_9.pdf

Flórez AJH, Atehortúa BSC, Arenas MAC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2009;8(16):107-131.

Forero F. *Mejorar la docencia Universitaria*. Tomo II. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 1999.

Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Petrópolis: Vozes; 1987.

Freire P. *La educación como práctica de la libertad*. Bogotá: Ed. América Latina; 1976.

Gadotti M. *Concepção dialética da Educação. Um estudo introdutorio*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1987.

Gadotti M. *Educação e Poder Introdução à Pedagogia do Conflito*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

Gallego IT. *Bases teóricas y fundamento de la Fisioterapia*. Madrid: Médica Panamericana; 2007.

García JAG. *Informe de salud y género*. 2011. Madrimasd [Internet]. [citado 2013 oct. 15]. Disponible em: <http://www.madrimasd.org/blogs/fisioterapia/2009/05/05/informe-de-salud-y-genero/>

García GJC. *La Educación Médica en la América Latina*. Publicación Científica 255. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1972.

Giddens A. *Sociología*. Trad. de Ronaldo Cataldo Costa. 6ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.

Giraldo C. *¿Protección o desprotección social?* Fundación Escuela para el Desarrollo. Ediciones desde abajo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

Goldie J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Medical Teacher*. 2012;34(9):641-648.

Gómez A, Rubén D. *Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia* [Internet]. Ponencia: Universidad de Antioquia; 2005 [citado em 2015 Mai. 9]. Disponible em: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/efectos%20de%20la%20ley%20100.pdf>

Gramsci A. *Seleções from the prison notebooks*. Florencia: La Nove Italia; 1977.

Gramsci A. *Cartas do cárcere*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.

Gramsci A. Dos Cadernos do cárcere (1929 – 1935) In: Coutinho CN. *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916 – 1935*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.

Gramsci A. *Os intelectuais e a Organização de Cultura*. 4ª. Ed. Río de Janeiro: Civilização Brasileira: 1982.

Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln, YS. (org.). *Handbook of Qualitative Research*. 1ª Ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 105-117.

Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Rev. Salud Publica Mex*. 2011;53(supl 2):S144-S155.

Hanne C, Cusumano A, Flores LH, Molina C. *Educación superior en América Latina: reflexiones y perspectivas en Medicina. Proyecto Tuning América Latina*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2013.

Hernández HI. La Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: 40 años de historia. In: Molina ANJ, Landínez, PN, Prieto RA. *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2006. p. 21 – 27.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. Santa Fe de Bogotá: McGraw-Hill; 2008.

Herrera JRM. Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: Una mirada a la toma de decisiones. *Movimiento Científico*. 2011;5(1):6–24.

Herrera VE, Celis LR, Pérez AP, Ramírez DS. Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. *Revista Salud UIS*. 2004;36(1):21-31.

Herrera VE, Camargo D. Perfil Profesional de los Fisioterapeutas egresados de la UIS 1980-2003. *Revista Salud UIS*. 2004;36(1):2-11.

Herrera MC. Educación femenina e inclusión social en Colombia a través del siglo XX. *Rev. Edu Filos*. 2014;28(n. especial):181-199.

Holder NL, Clark HA, DiBlasio JM, Hughes CL, Scherpf JW, Harding L, Shepard KF. Cause, prevalence, and response to occupational musculoskeletal injuries reported by physical therapists and physical therapist assistants. *Physical Therapy*. 1999;79(7):642–652.

ICFES. *Informe Exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior Saber Pro: Resultados del Período 2005-2009*. Bogotá: ICFES; 2011.

Instituto Suramericano De Gobierno en Salud. Sistema de Salud en Colombia. In: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (orgs). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. p. 349 -440.

Kincheloe J, McLaren P. Rethinking critical theory and qualitative research. In Denzin N, Lincoln Y (Editores). *The sage handbook of Qualitative Research*. 3o ed. California: Sage Publications; 2005. p. 303-342.

Landínez PNS, Grimaldos PLM. Enfoque de promoción de la salud y el bienestar y la prevención de la enfermedad y la discapacidad en la escuela y la comunidad: una experiencia de formación en la carrera de Fisioterapia de la Universidad Nacional. In: Molina ANJ, Landinez, PN, Prieto RA. *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 147 – 163.

Landínez PNS, Rodríguez MCL. Reflexiones en torno a las pedagogías utilizadas en la enseñanza de la Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia. In: Molina ANJ, Landinez, PN, Prieto RA. *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 195- 215.

Leal GB. Formación y empleo de fisioterapeutas en Colombia. *ASCOFI*. 1991;36: 16-22.

Leyva PL. Lección clínica ortopédica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 1940;8(7):341-344.

Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*.1997;41:1-36.

López SF. Tendencias de la educación superior en el mundo y en América Latina y el Caribe. *Avaliação (Campinas)*. 2008;13(2):267-291.

Machado MH. Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educ Med Salud*. 1991;25(1):28-36.

Macleod J. *Ain't No Makin' It: Aspirations and Attainment in a Low – Income Neighbourhood*. Colorado: Westview Press; 1995.

Martínez AC, Munar OC. La universidad europea y americana en la aparición de la educación en enfermería. *Av. Enferm*. 1995;13(1):74-81.

Marx K, Engels F. A Ideologia alemã. In: Sader E, Jinkings I (organizadores). *As Armas Da Crítica. Antologia do pensamento de esquerda*. São Paulo: Boitempo; 2012a. p. 37 -44

Marx K. *El Capital*. Tlalpan: Fondo de Cultura Económica; 1964. vol. 1.

Marx K, Engels F. *La Ideología Alemana*. 3ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1970.

Marx K. *Obras escolhidas*. São Paulo, Alfa-Ômega, 1977. (3 vol).

Marx K, Engels F. Manifesto Comunista. In: Sader E, Jinkings I. (organizadores). *As Armas Da Crítica. Antologia do pensamento de esquerda*. São Paulo: Boitempo; 2012b. p. 17-36.

Mayo P. *Gramsci, Freire e a educação de adultos: possibilidades para uma ação transformadora*. Trad. de Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Mclaren P. *Fúria e esperança, a pedagogia revolucionária*. Trad. de Pedro Fernando Bendassolli [Entrevista por Mitja Sardoc]. Filosofia, educação e política; 2002.

Melo LA, Ramos JE, Hernández PO. *La Educación Superior en Colombia: Situación Actual y Análisis de Eficiencia* [Internet]. Bogotá: Banco de la República de Colombia; 2014 [citado em 2015 Fev. 10]. Disponível em: http://www.plandecenal.edu.co/html/1726/articles-338083_recurso_1.pdf

Mena BB. La enseñanza de la Fisioterapia en el mundo de la discapacidad. In: Molina ANJ, Landinez, PN, Prieto RA. *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 105-119.

Mesa ML, Romero BMN. Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Invest Enferm Imagen Desarro*. 2010;12(2):55-92.

Ministerio de Educación Nacional.Colombia. *Decreto No. 917 de 2001*. Por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud. Colombia, 2001. Diario Oficial, Bogotá, 25 de may. 2001. No 44.434.

Ministerio de Educación Nacional. Colombia. *Decreto No 1781 de 2003*. Por el cual se reglamentan los exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior, ECAES, de los estudiantes de los programas académicos de pregrado. Diario Oficial, Bogotá, 26 de jun. 2003. No 45.231.

Ministerio de Educación Nacional. *Decreto 80 de 1980*. Por el cual se organiza el sistema de educación post-secundaria. República de Colombia, 1980. [citado 2015 fev. 10]. Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Educación Nacional. *Graduados Colombia*. Observatorio laboral para la educación [Internet]. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2013. [citado 2015 abr. 10]. Disponible en: http://www.graduadoscolombia.edu.co:8380/eportal/web/observatorio-laboral/programas-carreras1?p_auth=4FHy5PiV&p_p_id=com_ideasoft_o3_portlets_O3ControlPortlet_WAR_o3portal_INSTANCE_S12e&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=_118_INSTANCE_B8xx__column-3&p_p_col_count=1

Ministerio de Educación Nacional. *Deserción estudiantil en la educación superior colombiana. Metodología de seguimiento, diagnóstico y elementos para su prevención* [Internet]. Bogotá: Viceministerio de Educación Superior – Ministerio de Educación. Imprenta Nacional de Colombia; 2009. [citado 2015 abr. 10]. Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702_libro_desercion.pdf.

Ministerio de Educación Nacional. *Resolución 5941 del 22 de julio de 2011*. Por el cual se otorga calificación de Alta Calidad por 4 años al programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá [Internet]. Bogotá, 2011. [citado 10 feb. de 2013]. Disponible en: <http://menweb.mineduacion.gov.co/cna/Buscador/BuscadorProgramas.php?>

Ministerio de Educación Nacional. *Resolución 6680 de 2006*. Por el cual se otorga calificación de Alta Calidad por 4 años al programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá [Internet]. Bogotá, 2006. [citado 10 feb. de 2013]. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=40779>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012a [citado 2015 fev. 15]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Caracterizaci%C3%B3nLaboralTHS.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 2784 del 12 de septiembre del 2012*. Por medio de la cual se establece el procedimiento para la selección de los colegios profesionales del área de la salud, delegatarios de las funciones públicas

[Internet]. Bogotá; 2012b. [citado 2015 Feb 1]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resolución%202784%20de%202012.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 0000899 de 2013*. Por medio del cual se rechazan unas postulaciones y se dan a conocer los resultados del análisis de documentos presentados en el marco del procedimiento de convocatoria, previsto en la resolución 2784 de 2012 para la delegación de funciones públicas de que trata la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. [Internet]. Bogotá; 2013. [citado 2015 Feb 1]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resolución%200899%20de%202013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Informe de actividades 2010 – 2014 y 2013 – 2014 Sector Administrativo de salud y protección social* al Honorable Congreso de la República, agosto, Bogotá. 2014. [citado 2015 maio. 9]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/INFORME%20CONGRESO%202014.pdf>

Miró BM. *Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)* [tesis] Palma: Universitat de les Illes Balears; 2008.

Misas G. *La educación superior en Colombia: análisis y estrategias para su desarrollo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.

Molina, ANJ. La enseñanza de la Fisioterapia para el mundo del trabajo. In: Molina ANJ, Parra NL, Rodríguez AP. *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 53-88.

Molina, ANJ. Reflexiones para el abordaje de la salud, el cuerpo y el movimiento corporal en la escuela. *Rev Facultad de Medicina*. 2013;61(4):469-477.

Molina, ANJ. Angel N. Rompiendo paradigmas y prácticas en salud pública: experiencia de formación en Fisioterapia. *Rev ASCOFI*. 2013;54:14-19.

Molina, ANJ. Carmona MLD. Algunos aprendizajes frente a la teoría del Cuerpo y el Movimiento Corporal. In: Molina ANJ, Landinez PN, Prieto A (organizadores). *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 181 – 194.

Molina, ANJ. Forero S, Ramos D, Benavides J, Quintana M. *Informe estudio nacional de condiciones de salud y trabajo* [Informe]. Bogotá: ASCOFI/ASCOFAFI; 2015.

Molina G, Muñoz I, Ramírez A. *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano*. Medellín: La Carrera; 2011.

Molina G, Muñoz I, Ramírez A. *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín: Pulso & Letra; 2014.

Molumphy M, Unger B, Jensen GM, Lopopolo RB. Incidence of work-related low back pain in physical therapists. *Physical Therapy*. 1985;65(4):482–486.

Montorio I. *Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales: Instituto Nacional de Servicios Sociales citada en Martín VR. Efectividad de un programa de promoción de actividad física en personas inactivas en el ámbito comunitario. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, Facultad de Ciencias de la Salud, 2012.

Moreno MN, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av. Enferm*. 2008;26(2):57–68.

Muchotrigo MG. Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de lima. *Liberabit*. 2011;17(2):173-185.

Muela PM. *Asociación entre las lesiones músculo esqueléticas y los riesgos ergonómicos en los alumnos del segundo y tercer curso de la Escuela de Fisioterapia de Cantabria: ¿son los fisioterapeutas víctimas de su propio dogma? Efisioterapia* [Internet]. 2008 [citado 2015 fev. 10]. Disponible em: <http://www.efisioterapia.net/articulos/asociacion-las-lesiones-musculo-esqueleticas-y-los-riesgos-ergonomicos-los-alumnos-del-seg>

Mulero Portela A. Autonomía profesional en la práctica de terapia física. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2003;6(2):91-100.

Muñoz SGG. *Desarrollo histórico disciplinar, profesional y del marco normativo de la fisioterapia asociado con responsabilidad jurídica en Colombia*. [tese]. Medellín: Universidad CES; 2015.

Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev. bras. fisioter*. 2006;10(2):241-247.

Noriega M. Organización Laboral, Exigencias Y Enfermedad. In: *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. p. 167-187.

Observatorio de la Universidad Colombiana. *Ranking Saber Pro*. Fisioterapia. [Internet]. 2015. [citado 2015 fev. 11]. Disponible en: http://www.universidad.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=52

Ocampo Plazas ML, Sánchez Arias MS, Ramos D, Bonilla J, Maldonado M, Ventura Escalante J. Reflexiones del desempeño profesional del fisioterapeuta en el campo de la actividad física. *Revista Ciencias de la Salud*. 2012;10(2):79-88.

OMS. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Comisión de determinantes sociales de la Salud. Resumen Analítico del Informe Final*. Suiza: Organización Mundial de la salud; 2008. [citado 2014 out. 15]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

OPS - Ministerio de la Protección Social de Colombia. *Relaciones laborales en el sector salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Colombia: El caso de la ciudad de Cali* [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2006 [citado 2013 out. 15]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/RELACIONES%20LABORALES%20EN%20EL%20SECTOR%20SALUD.pdf>

Orozco LE. *En tela de juicio equidad en la educación superior*. [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. [citado 2015 maio. 9]. Disponible en: www.universidad.edu.co.

Ortiz GT, Birriel SJ, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit*. 2004;18(supl 1):189-194.

Pavlakakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):1–8.

Pierantoni C, Machado M. Profesionales de la salud: Una Formación Cuestionada. *Educ Med Salud*. 1994;28(2):199–210.

Prieto D, Gutiérrez F. *Sentir lo alternativo*. Aportes N° 41: Pedagogía y Educación Popular. Dimensión educativa Santafé de Bogotá; 1994.

Prieto RA. El fisioterapeuta en el deporte. Una aproximación a su papel en este campo. *Revista des-encuentros*. 2010;1(6):1-7.

Ramírez-Vélez R, Escobar HC, Flórez ME, Agredo Zuñiga R. Perfil investigador de los profesionales en Colombia. *Rev Médicas – UIS*. 2010;24:34-41.

Reyes GG. Apuntes sobre fisioterapia dermatológica. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 1936;4(10):585-633.

Rodríguez C. *Prevalencia de lesiones músculo-esqueléticas relacionadas con el trabajo en fisioterapeutas* [trabajo fin de grado]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2011.

Rodriguez JA, Guillen MF. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Rev Esp Invest Sociol*. 1992;59:9–18.

Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 3o ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Roth DAN. *Los procesos de cambios en las políticas públicas de educación superior en América latina desde una perspectiva comparada*. [Internet]. Bogotá: Programa Interdisciplinario en Políticas Educativas, PIPE, Universidad Nacional; 2011 [citado 2015 fev. 11]. Disponible em: <http://www.fenalprou.org.co/pipe/90-pipe/359-los-procesos-de-cambios-en-las-politicas-publicas-de-educacion-superior-en-america-latina-desde-una-perspectiva-comparada1.html>.

Ruvalcaba CJ, Uribe AJ, Gutiérrez GR. Identidad e identidad profesional: acercamiento conceptual e investigación contemporánea. *Rev CES Psicología*. 2014;(2):82-102.

Saenz J, Saldarriaga O, Ospina A. *La escalera del Padre Pestalozzi en: “Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903 – 1946”* [documento]. Santafé de Bogotá: Uniandes y U. De Antioquía; 1997.

Santa María M. *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma*. Bogotá: Fedesarrollo; 2011.

Sarmiento L. *El trabajo de las mujeres, desigualdad indignante*. [Internet]. Bogotá: Palabras al Margen por el derecho a decirlo todo; 2013. [citado 2015 fev. 16]. Disponible em: http://palabrasalmargen.com/index.php/articulos/item/el-trabajo-de-las-mujeres-desigualdad-indignante?category_id=186

Sarmiento M, Cruz I, Molina V, Martínez A. Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectivas. *ASCOFI*. 1994;34:7-11.

Sarmiento M. *El fisioterapeuta colombiano: una especie en vía de extinción?* Memorias XVII Congreso Nacional de Fisioterapia; 1998 Agosto, 19 – 22, Medellín. Medellín: Asociación Colombiana de Fisioterapia; 1998.

Sarmiento M, Cruz I, Molina V. *Nivelación y globalización curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina. Fase I Diagnóstico.* Confederación Mundial de Fisioterapia, Región Suramerica WCPT- SAR, Asociación Colombiana de Fisioterapia; 2004a.

Sarmiento M, Cruz I, Molina V. *Nivelación y Globalización curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina. Diagnóstico curricular de la Fisioterapia en Colombia.* Confederación Mundial de Fisioterapia, Región Suramérica WCPT- SAR, Asociación Colombiana de Fisioterapia ASCOFI, Asociación Colombiana de facultades de fisioterapia ASCOFAFI, Bogotá – Colombia; 2004b.

Schraiber BL. *Educação Medica e Capitalismo. Em Estúdio das relações Educação e Prática medica na ordem social capitalista.* Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1989.

Scholey M, Hair M. Back pain in physiotherapists involved in back care education. *Ergonomics*. 1989;32(2):179-190.

Sharpe S. *Just Like a Girl: How Girls Learn to be Woman. From the 70's to the 90's.* London: Penguin; 1994.

Silva TT. *Introdução. Trabalho, Educação e prática social. Por uma teoria da formação humana.* Porto Alegre: Artes Medicas; 1991.

Skiadopoulos A, Gianikellis K. Problemas músculo-esqueléticos en los fisioterapeutas. *Fisioterapia*. 2013;36(3):117-126.

Spencer D. *Invisible Women: The Schooling Scandal.* London: Writers and Readers Publishing Cooperative Society; 1982.

Stanworth M. *Gender and Schooling.* London: Hutchinson; 1983.

Sverdlick I, Ferrari P, Jaimovich A. *Desigualdad e inclusión en la educación superior. Un estudio comparado en cinco países de América Latina.* Serie Ensayos e Investigaciones N° 9. Buenos Aires: Laboratorio de Políticas Públicas; 2005.

Suarez LM. *Frecuencia y estrategias de prevención de lesiones músculo-esqueléticas en fisioterapeutas de Lima Metropolitana* [tesis]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2013.

Torres BM. Historia de las prácticas de enseñanza en la formación de médicos y fisioterapeutas en la Universidad Nacional de Colombia. Décadas 1950-1960. *ASCOFI*. 2000;45:81-82.

Torres BM. Hacia una transformación de los saberes y prácticas fisioterapéuticas. In: Molina NJ, Landinez NS, Prieto A (organizaodres). *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 121-131.

Universidad Nacional de Colombia. Actividades científicas del Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina. Bogotá, *Rev Facultad de Medicina*. 1958;26 (9): 471 – 473.

Universidad Nacional De Colombia. *Reforma a la salud: ¡Qué dolor de cabeza! Claves para el debate público* [Internet]. Bogotá: Unimédios; 2013 [citado 2015 mai. 9]. Disponible em: http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/uploads/media/Claves_Digital_No._60.pdf

Universidad Nacional de Colombia. Instituto Nacional de Radium. *Anuario de la Universidad Nacional de Colombia, 1939–1954* [citado 2015 mai. 29]. Disponible em: <http://www.bdigital.unal.edu.co/16952/1/12489-32347-1-PB.pdf>

Universidad Nacional de Colombia. *Evaluación docente integral con fines de mejoramiento EDIFICANDO. Definición de los criterios de evaluación*. [Internet] Bogotá, 2011 [citado 2015 maio 25]. Disponible em: www.edificando.unal.edu.co?descargables?model-edificando.pdf

Uricoechea F. *División del trabajo y organización social: una perspectiva sociológica*. Bogotá: Norma; 2002.

Velandia ALM. *La enfermería en Colombia. Análisis socio-histórico* [Internet]. Lisboa: Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería; 2009. [citado 2015 fev. 12]. Disponible em: http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo4.pdf

Vernaza PP, Paz PC. Dolor músculo-esquelético en fisioterapeutas del municipio de Popayán. *Rev Universidad del Cauca*. 2006;8(4):8-14.

Vernaza PP, Álvarez, BG. Producción científica latinoamericana de fisioterapia/kinesiología. *Rev Aquichan*. 2011;11(1):94-107.

Viana ALD, Pacifico HS, Elias PEM. Economia Política da saúde: Introduzindo o debate. *Divulg Saude Debate*. 2007;37:7-20.

Vidal CJ. *Panorama del sindicalismo en Colombia* [internet]. 2012. [citado 2015 mar. 13]. Disponible em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09150.pdf>

Waitzkin H. *Medicina y salud Pública al final del imperio*. 1ª ed. Bogotá: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia; 2013.

Willis P. *Learning to Labour: How Working-Class Kids Get Working-Class Jobs*. London: Saxon House; 1977.

WCPT. World Confederation for Physical Therapy. *Description of physical therapy* [Internet]. London: WCPT; 2011. [citado 2013 out. 18]. Disponible em: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf

WCPT. World Confederation for Physical Therapy. *WCPT Guidelines for Physical Therapist for Professional Entry Level Education* [Internet]. London: WCPT; 2007. [citado 2013 ago. 18]. Disponible em: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf

Zapata OGT, Barrera CML. La enseñanza de la Fisioterapia en Pediatría en la Universidad Nacional de Colombia. In: Molina ANJ, Landinez, PN, Prieto RA. *Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y prácticas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006. p. 133- 139.