



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE – CIF NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

ANA RITA COSTA DE SOUZA LOBO

Brasília, 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Ana Rita Costa de Souza Lobo

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientadora: Dra. Vera Regina Fernandes da Silva Marães

Brasília, 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1013759.

B813 Braga, Ana Rita Costa de Souza Lobo.
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade
e Saúde - CIF nos cursos de graduação em terapia ocupacional /
Ana Rita Costa de Souza Lobo. -- 2013.
xi, 109 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto
de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos
de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.

Orientação: Vera Regina Fernandes da Silva Marães.

1. Classificação internacional de funcionalidade,
incapacidade e saúde. 2. Ciências médicas - Estudo e ensino.
3. Terapia ocupacional. I. Marães, Vera Regina Fernandes da
Silva. II. Título.

CDU 37.0:613.8

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Vera Regina Fernandes da Silva Marães - Presidente

Universidade de Brasília - UNB

Profa. Dra. Tatiana Barcelos Pontes - Membro

Universidade de Brasília - UNB

Prof. Dra. Elizabeth Queiroz - Membro

Universidade de Brasília - UNB

Profa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Suplente

Universidade de Brasília - UNB

Brasília, 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Regina, à minha filha Isabel e ao meu esposo Wagner pelo apoio incondicional,

Aos pacientes que passaram por minha vida profissional, especialmente ao Fernando (*in memoriam*), por me transformarem na terapeuta ocupacional que sou,

Aos alunos de graduação em Terapia Ocupacional por serem minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao pai eterno, meu Deus, Aquele que me proporcionou a realização de um sonho. Em seguida agradeço às pessoas que Ele colocou em meu caminho durante os dois anos de produção deste trabalho. Foram muitas pessoas importantes, mas irei resumir em uma escala de acontecimentos.

Agradeço ao professor Emerson Fachin por auxiliar na escolha do tema principal da dissertação, e à minha orientadora Vera Marães que me deu suporte, aceitou e direcionou minhas ideias com carinho e leveza.

Agradeço ao colegiado do curso de Terapia Ocupacional da UnB pelo incentivo e credibilidade.

Sou grata por muitos ensinamentos dos professores e alunos que estiveram comigo nas disciplinas deste mestrado, especialmente à professora Clélia Parreira, por seu cuidado e auxílio nos momentos de decisões, e às companheiras de disciplinas, Samira, Talita, Denise e Marilac.

Às minhas companheiras de profissão e amigas que contribuíram mesmo distante, Leiliane Gomes e Simone Bastos.

À minha companheira de treino Flaviane Stroppa. Obrigada por correr ao meu lado.

Um agradecimento especial à Tatiana Pontes que, no momento em que precisei estendeu suas mãos. Obrigada por tirar o melhor de mim.

À Capes pela oportunidade de estudo.

A professora Elizabeth Queiroz pela disponibilidade em compor a banca, ler e contribuir com meu trabalho.

À minha mãe por suas orações e otimismo.

E por fim, ao meu esposo e à minha pequena Bel, meus amores, que aceitaram minha ausência e a falta de suporte como esposa e mãe em prol de um sonho.

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001, coerentes com o Ministério da Saúde, influenciaram no processo de formação de todos os profissionais de saúde, direcionando as práticas de ensino dos serviços dessa área para a utilização do modelo biopsicossocial, em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS. Paralelamente a essas mudanças, em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou e recomendou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF nos serviços de saúde de todos os países membros, incluindo o Brasil. Entretanto, ainda é escasso o número de cursos de Terapia Ocupacional que aderiram a essas recomendações. Este trabalho averiguou informações referentes à graduação em Terapia Ocupacional no Brasil através do sistema e-MEC e analisou os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) disponíveis em *sites* de Instituições de Ensino Superior (IES) e em *sites* de busca com o objetivo de verificar se houve mudança de paradigma no modelo de saúde e se a CIF foi inserida na graduação nos últimos 10 anos. A pesquisa foi caracterizada como exploratória por meio de análise documental e revelou que existem 63 cursos de Terapia Ocupacional em atividade no país, 44 em IES privadas e 19 em públicas. O trabalho evidencia que os cursos ainda são norteados pelo modelo biomédico e que a aplicabilidade da CIF e a inserção do modelo biopsicossocial são relevantes na prática de ensino. Além disso, revelou-se um quadro de desequilíbrio na distribuição das IES que oferecem os cursos por regiões, apontando um número muito superior de IES públicas na região Sudeste. Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para os avanços nos estudos relacionados à inserção da CIF e do modelo biopsicossocial na graduação de Terapia Ocupacional, além de colaborar com a expansão do projeto REUNI no país, para a otimização das vagas em IES públicas nas regiões onde estão desprovidas.

Palavras-chaves: Ensino na Saúde, Terapia Ocupacional, CIF, Modelo Biopsicossocial.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines in 2001, consistent with the Ministry of Health, have influenced the training of all health professionals, directing the teaching practices of services in this area for the use of the biopsychosocial model, in line with the National Health System - SUS. Alongside these changes, in 2001 the World Health Organization (WHO) approved and recommended to the International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF in health services for all member countries, including Brazil . However, it is still only very few courses in Occupational Therapy adhering to these recommendations. This study examined information pertaining to graduation in Occupational Therapy in Brazil through the system e-MEC, examined and the Pedagogical Project Courses (PPCs) available on websites of Higher Education Institutions (HEIs) and search sites in order to check whether there has been a paradigm shift in the health model and the ICF was inserted at graduation in the last 10 years. The research was characterized as exploratory through document analysis revealed that there are 63 courses in Occupational Therapy active in the country , 44 in private institutions and 19 public . The study shows that the courses are still guided by the biomedical model and the applicability of the ICF and the insertion of the biopsychosocial model are relevant in teaching practice. Furthermore, it was revealed a picture of imbalance in the distribution of HEI offering courses by region, pointing to a much larger number of public HEIs in the Southeast. The results of this research will contribute to advances in studies related to the insertion of the ICF and the biopsychosocial model in undergraduate occupational therapy, as well as collaborating with the expansion project RALLY in the country, for the optimization of the vacancies in public HEIs in the regions where they are lacking.

Keywords: Education in Health, Occupational Therapy, CIF, Biopsychosocial Model

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTO.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE ABREVIACÕES.....	x
INTRODUÇÃO.....	01
 CAPÍTULO 1	
Cursos de Saúde no Brasil.....	04
1.1 História e Evolução.....	04
1.2 Lei de Diretrizes e Bases.....	08
1.3 Processo de avaliação da qualidade dos cursos de saúde no Brasil.....	10
 CAPÍTULO 2	
Formação em Terapia Ocupacional no Brasil.....	14
2.1 História da Terapia Ocupacional no Brasil.....	14
2.2 Padrões Mínimos e Diretrizes para o curso de Terapia Ocupacional.....	17
 CAPÍTULO 3	
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.....	21
3.1 História da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.....	21
3.2 Objetivos e princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.....	22
3.3 Modelo de Funcionalidade e Incapacidade.....	24
3.4 Estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.....	25

CAPÍTULO 4

Objetivo Geral.....	28
Objetivos Específicos.....	28

CAPÍTULO 5

Método.....	29
5.1 Tipo de Pesquisa.....	29
5.2 Coleta de Dados.....	30
5.2.1 Amostra.....	30
5.2.2 Procedimentos.....	30
5.2.3 Análise dos dados.....	31

CAPÍTULO 6

Resultados.....	32
-----------------	----

CAPÍTULO 7

Discussão.....	46
----------------	----

CAPÍTULO 8

Considerações Finais.....	52
---------------------------	----

REFERÊNCIAS	54
--------------------------	----

ANEXOS	58
---------------------	----

A- Resolução nº 370/2009.....	59
B -Resolução nº 452/2012.....	61
C - Lei nº 10.861, 14 de abril de 2004.....	63
D - Diretrizes Curriculares Nacional de Terapia ocupacional.....	66
E - Portaria Normativa nº 6 de 27 de março de 2013.....	73
F - Resolução WHA 54.21 OMS.....	78
G - Padrão Mínimo dos cursos de Terapia Ocupacional.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil.....	33
Tabela 2 - Conceitos dos cursos e características dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) de Terapia Ocupacional no Brasil.....	37
Tabela 3 - Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde nos cursos de Terapia Ocupacional.....	41
Tabela 4 - Modelo biopsicossocial nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional.....	42

LISTA DE ABREVIACÕES

- ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
- ABRATO - Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais
- ACG - Avaliação dos Cursos de Graduação
- AOTA - Associação Americana de Terapia Ocupacional
- APS - Atenção Primária de Saúde
- ATOB - Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil
- ATOB - Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil
- AVALIES - Avaliação das Instituições de Educação Superior
- Capes - Coordenação de Pessoal de Nível Superior
- CC - Conceito do Curso
- CEA - Comissão Especial de Avaliação
- CEETO - Comissões de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional
- CES - Câmara de Educação Superior
- CFE - Conselho Federal de Educação
- CID - Classificação de Doenças
- CIDID - Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CNE - Conselho Nacional de Educação
- CNE Conselho Nacional de Educação
- COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CONAES - Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
- CPC - Conceito Preliminar de Curso
- CPC - Conceito Preliminar de Curso
- DAES/INEP - Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
- DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
- ENADE - Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
- ERRJ - Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICIDH - International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps
- IES - Instituição de Ensino Superior
- INEP - Instituto de Educação e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira
- LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PPCs - Projetos Pedagógicos dos Cursos

RENETO - Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional

REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

Seed - Secretaria de Educação a Distância

Semtec - Secretaria de Educação Média e Tecnológica

SESu - Secretaria de Educação Superior

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS - Sistema Único de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

WFOT - World Federation Occupational Therapy / Federação Mundial de Terapia Ocupacional

INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde passou a ser objeto de análise e debates nas últimas décadas após mudanças ocorridas nas políticas de saúde no Brasil e nos currículos dos cursos de graduação em saúde. Durante esse período, importantes considerações foram apontadas para avaliar o reflexo das transformações científico-tecnológicas, sociais e políticas no país, respondendo às necessidades da sociedade brasileira.

A discussão acerca da necessidade de mudança curricular surge impulsionada pelos processos avaliativos negativos do ensino superior e dos currículos vigentes dos cursos (Pinto & Yokoyama, 2008). Perante este quadro, a educação passa por reformulações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde, apoiados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC).

As DCNs dos cursos de saúde, aprovadas em sua maioria entre 2001 e 2002, buscam integrar a educação e a saúde e apontam a necessidade dos cursos incorporarem em seus projetos pedagógicos o arcabouço teórico do Sistema Único de Saúde (SUS).

A mudança de paradigma do antigo binômio saúde e doença no contexto internacional e a recomendação das DCNs direcionando as práticas de ensino em saúde aos serviços do SUS, acabou por influenciar o processo de formação e educação, em níveis nacionais, de todos os profissionais incluindo o terapeuta ocupacional. Hahn e Lopes (2003, p. 125) apontavam para esta nova perspectiva:

Partindo-se de alguns pressupostos em relação ao processo de educação superior – como o de formação, a educação de qualquer profissional, teoricamente, deve: propiciar um nível maior de desenvolvimento e crescimento profissional; oferecer uma formação técnica específica; conferir um título profissional outorgado por uma Instituição acadêmica para que o indivíduo possa exercer a sua prática profissional de acordo com os órgãos reguladores da profissão e os requisitos exigidos pelo mercado de trabalho e/ ou pelo empregador; e, ainda, garantir a possibilidade de se ter uma linguagem comum para fins de intercâmbio -, a Federação Mundial de Terapia Ocupacional optou por uma proposta de reformulação desses padrões curriculares mínimos, não somente pelas demandas da categoria profissional, como também em consonância com a mudança do paradigma na saúde e sua consequente adaptação às condições locais.

Durante os últimos vinte anos o setor da saúde no país esteve submetido a um processo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é a concretização do modelo do SUS tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. Paralelamente a essas mudanças nas políticas de saúde do país, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu e recomendou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF nos países membros, com o objetivo de padronizar e unificar a linguagem em saúde em todo o mundo, proporcionando uma estrutura que além de descrever a saúde, também descreve os estados relacionados à saúde e classifica a consequência da doença.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO considerando as transformações nacionais e internacionais em saúde, na Resolução nº 370/2009 (Anexo A) recomendou a utilização da CIF pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no âmbito de suas respectivas competências institucionais. E, seguindo a tendência mundial, no dia 10 maio de 2012, o Ministério da Saúde instituiu a utilização da CIF no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar por meio da Resolução nº 452 (Anexo B).

Tendo em vista o exposto, e após a participação em treinamento sobre a CIF, a presente pesquisa surge com o objetivo de analisar se existe adequação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) de Terapia Ocupacional no Brasil às recomendações da OMS, do COFFITO e do Ministério da Saúde (MS) quanto à implantação do modelo da nova classificação, a CIF, nas práticas de serviço em saúde.

O interesse em discutir a formação em Terapia Ocupacional surge pela vivência prática na docência em cursos de graduação, tanto em Instituição de Ensino Superior (IES) Privada quanto em IES Pública. Mediante os aspectos relacionados à educação, foi possível observar as modificações que aconteceram no currículo da graduação de Terapia Ocupacional ao longo dos anos. Reflexões e leituras sobre o tema apontaram que o modelo utilizado há cerca de dez anos, ainda apresenta fortes traços fundamentados no modelo biomédico e reducionista.

Na perspectiva de inovação, a motivação para realização do estudo evidenciou-se quando foi constatado que desde a publicação da CIF no Brasil em 2003, exatamente há dez anos, não havia pesquisas sobre o modelo de classificação da OMS, CIF, e a formação de terapeutas ocupacionais no país. Com o objetivo de atualização e possível reflexão para mudanças no ensino da Terapia Ocupacional, a pesquisa foi constituída visando também fornecer subsídios para estudos que fundamentem e instrumentalizem a profissão quanto às suas atribuições.

Este estudo descreve uma análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Terapia Ocupacional nos últimos dez anos (2003 a 2013) a partir de diretrizes traçadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, correlacionando-as ao ensino da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF e o modelo de saúde biopsicossocial nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do país.

A pesquisa aponta características dos cursos de Terapia Ocupacional coletadas no site do Ministério da Educação (MEC), o sistema e-MEC, além de verificar a aplicação da CIF e o modelo biopsicossocial, característico da classificação, na graduação através da análise dos Projetos Pedagógicos de Curso – PPCs. O estudo visa responder também as questões relacionadas à incorporação da CIF nos PPCs como ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, política social ou como uma ferramenta pedagógica dada à relevância da perspectiva desta para a atenção básica e reabilitação e a tendência mundial de que se torne a base para avaliação multiprofissional ao usuário do serviço de saúde.

Promovendo seguimento ao esta introdução, no Capítulo um será revisada a trajetória dos cursos de saúde no país, considerando a evolução dos modelos de saúde e o processo de crescimento dessas graduações, assim como o modelo de saúde do SUS e quais influências esses trazem para a formação e serviços de profissionais da área. O mesmo Capítulo descreve o currículo mínimo, as Leis de Diretrizes e Bases de Educação e o processo de avaliação da qualidade dos cursos de saúde.

No Capítulo 2 é delineada a formação em Terapia Ocupacional, a trajetória, a regulamentação e a evolução da profissão no Brasil, apontando a importância dos padrões de currículo mínimo e das normas e DCNs para o ensino da Terapia Ocupacional nas universidades.

No terceiro Capítulo será destacada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF referida por meio da história, de sua origem, os objetivos da classificação e o modelo de funcionalidade, Incapacidade recomendada pela OMS.

O Capítulo 4 destaca as questões norteadoras da pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos, em seguida, no Capítulo 5 detalha o método do estudo e o procedimento de coleta e informações para a pesquisa.

O Capítulo 6 descreve os resultados obtidos através de levantamento das informações previamente estabelecidas no objeto de pesquisa, as características dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, os Projetos Pedagógicos de Curso que utilizam a CIF e a forma como a classificação é aplicada, além de aduzir os cursos que trazem em seu PPC o perfil do modelo biopsicossocial.

Finalmente, no Capítulo 7 faz-se uma análise dos resultados obtidos por meio de discussões e avaliações da aplicabilidade da CIF nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional, assim como a efetivação do modelo biopsicossocial. O Capítulo 8 apresenta as considerações finais. As referências utilizadas no texto são apresentadas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição.

CAPÍTULO 1

Cursos de Saúde no Brasil

1.1 História e Evolução

Considera-se que o ensino formal das profissões de saúde no Brasil teve um marco histórico quando foram abertas em 1808 duas Escolas de Anatomia, Medicina e Cirurgia, uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador, logo após a chegada da família real portuguesa. Até o Brasil República, a formação profissional era predominante de práticas em laboratórios ou locais onde se prestasse serviços para a saúde. Durante este período, o aprendizado dos alunos era junto aos profissionais mais experientes e também pelo desenvolvimento de exercícios práticos.

Muitas formações contavam com a obtenção de um “Certificado de Aptidão”, expedido por serviços públicos com legitimidade consolidada através de um estágio sob supervisão dos profissionais mais antigos dos serviços, além das instituições de ensino autorizadas pelo Estado, cujo currículo e pedagogia eram auto regulamentados. Não havia, portanto, currículo mínimo ou diretrizes curriculares nacionais, e as autorizações para o ensino das profissões provinham das Forças Armadas, da Justiça, dos Negócios Interiores, da Saúde, da Educação dentre outras instituições, configurando um ensino livre (Carvalho & Ceccim 2006).

As instituições eram construídas para o enfretamento das doenças transmissíveis e para aplacar as mazelas das guerras. Diante do cenário epidemiológico nacional, em 1890 foi fundada por Decreto Federal, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, a fim de dispor de novos profissionais de saúde. O conhecimento sobre doenças transmissíveis cresceu rapidamente entre 1860 e 1900, monopolizando o avanço do conhecimento epidemiológico e dirigindo-o para os processos de controle de epidemias de doenças infectocontagiosas. O grande avanço da fisiologia, patologia e bacteriologia tornaram menos importante o conhecimento sobre a vertente social e política da saúde, instituindo a supremacia da explicação do processo saúde/doença. A descoberta dos microrganismos leva ao fortalecimento da medicina organicista e, uma vez que as doenças de maior prevalência na época eram de natureza infectocontagiosa, esse modelo explicativo torna-se hegemônico (Brasil, 2003).

Entre 1904 e 1923 os grandes sanitaristas brasileiros revelaram a necessidade de formar profissionais e esse movimento acentuou-se para defesa da expansão de escolas pelo poder público, a substituição do envio de estudantes para formação no exterior pela aprendizagem dos problemas nacionais de saúde e a contratação de professores estrangeiros para ensinar e criar novas escolas profissionais no país (Carvalho & Ceccim 2006).

O esforço de modificar a tendência liberal do estado brasileiro em relação à educação superior nas profissões da saúde, regulamentar a educação formal e tornar científicas as formações superiores, deu lugar no ano de 1940 à introdução das recomendações do Relatório Flexner, o qual relatava que a educação científica das profissões de saúde deveria ter base biológica, ser orientada pela especialização, pela pesquisa experimental e estar centrada no hospital.

Essa educação científica em saúde foi adquirindo um caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e mediante o uso de equipamentos, onde a saúde fica compreendida como ausência de doença (Carvalho e Ceccim 2006, pp. 5-6).

Diante dessas recomendações, o ensino das profissões em saúde passou a ter os conteúdos cristalizados em disciplinas fragmentadas, subdivididas em ciências básicas e ciências clínicas, área biológica e área profissional, conhecimentos aplicados e conhecimentos reflexivos embasado numa visão de corpo, saúde, doença e terapêutica de maneira reduzida e estática.

Em 1946 a OMS formulou o conceito de saúde alertando que esta era a expressão do “bem-estar físico, mental e social” (Brasil, 1977). O ensino, portanto, teria de se desapegar da biologia, como razão científica para a saúde, e estabelecer o intercruzamento com a psicologia, as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e as ciências sociais e humanas (saúde e sociedade, saúde e história etc.) para uma reforma da educação não apenas instrumental, mas de projeto político pedagógico.

Na década de 1960, observou-se uma reforma da educação que estimulou a abertura de departamentos, disciplinas e áreas de ensino da saúde pública, incentivando principalmente o ensino de conteúdos relativos à prevenção em saúde, notadamente nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. Nesta mesma época, uma importante atuação da Organização Pan-Americana da Saúde junto às instituições formadoras mobilizadas, culminou no apontamento das necessidades de mudança em relação à atitude dos professores, da integração curricular e à integração do ensino com o sistema de saúde para a melhor formação dos profissionais, refletindo assim nas condições de saúde da população. O peso atribuído às escolas médicas na produção da fragmentação e na postura reducionista foi sendo relativamente minimizado (Brasil, 2003).

A Conferência de Alma Ata (WHO, 1978) é considerada como um impulso para a expansão dos cursos de graduação, pois neste encontro foi recomendada aos governantes de todos os países, a utilização da estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS) como forma de alcançar a meta Saúde para Todos no Ano 2000. Essa e outras ações implicaram na regulamentação de novas profissões como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional na década de 1970. Porém, a política expansionista do setor educacional reconfigurou o mercado de trabalho na área, que, a despeito de

acompanhar as tendências de expansão, trouxe um desequilíbrio entre oferta e demanda (Haddad et al 2009).

Com a constituição de 1988 e o advento do SUS, a formação profissional no setor saúde passa a ser reformulada, a partir de iniciativas para mudanças no ensino que contribuiriam para a construção de um novo paradigma de saúde, com uma concepção abrangente e integradora, em oposição a uma visão reducionista e curativista (Campos, 2003). Conforme o art. 200, inciso III da Constituição Brasileira, a Constituição Federal de 1988 atribui ao Sistema Único de Saúde a missão de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde, e para atender a essa atribuição, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vem desenvolvendo e apoiando diversas ações no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde no país.

No artigo Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva, Ceccim e Carvalho, (2006 p.13) ressaltam que:

(...) na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, aos modelos assistenciais, aos modelos educacionais e aos modelos de desenvolvimento social reivindicaram novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde, e recuperassem, em alguma medida, a integralidade, de modo a incorporar mais intensamente os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares. Sem desarmar a lógica do hospital como o lugar da cura e da doença, as novas visões de saúde e de corpo acabaram por criar novas disciplinas, prestigiar outras profissões e distinguir profissionais voltados *para a comunidade* e profissionais *preparados para o hospital*.

Ceccim e Carvalho (2006) ainda descrevem que no final da década de 1990 os projetos de integração ensino-serviço reconheceram a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões, a fim de gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários o que contribuiu para abrir caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a alterações de conteúdos para além da saúde pública preventivista, mediante a integração ensino-serviço-comunidade, e para uma saúde comunitária participativa. Como reflexo às transformações científico-tecnológicas, sociais e políticas ocorridas a partir da segunda metade do século XX, a área da saúde apresentou modificações na organização e oferta de serviços, bem como no modelo de formação de profissionais de saúde.

Ao longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira, intensificaram-se movimentos voltados para a construção de outras possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação.

A ruptura com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação nacional aconteceu no início dos anos 2000. Entre 2001 e 2004 foram aprovadas as DCNs dos cursos de graduação em saúde: formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais, afirmando que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Em consonância com a Constituição Federal de 1988, com a Lei Orgânica da Saúde e com a Lei de Diretrizes e Base (LDB), concretizou-se em 2001, o Parecer nº 1.133, da Câmara de Educação Superior – CES, do Conselho Nacional de Educação – CNE, que veio reforçar a necessidade da articulação entre educação superior e saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças.

Por meio da secretaria de Departamento de Gestão da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde apresentou e aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde, em 2004, a Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Essa tem como objetivo atender aos requisitos citados na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema único de Saúde (NOB/RH-SUS), propondo-se a conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas) (Ceccim & Feuerwerker, 2004a).

Desta forma, o novo modelo de formação deve considerar a realidade social, política e cultural, no sentido de garantir o respeito às redes de significados dos fenômenos humanos e considerar também as situações sanitária e educacional e a diversidade regional brasileira. Assim, o profissional de saúde deverá ser formado para considerar o contexto individual/singular de cada cidadão.

De acordo com a NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva. Segundo esse documento, resultado da ação direta do Conselho Nacional de Saúde na formulação de uma proposta política para a área, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais. Por isso, tornou-se imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino superior com a formação de profissionais que tenham o perfil de formação voltado à visão biopsicossocial, não mais no modelo saúde e doença, mas no modelo de saúde social, nomeado ao novo modelo de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003 p. 32).

Para a NOB/RH-SUS, uma formulação de diretrizes curriculares deve contemplar: as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; a

implementação de uma política de formação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão.

Em documento produzido pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Brasil, 2008), sobre a construção de currículos e a formação dos trabalhadores de saúde, encontram-se relatos de que a influência da incorporação tecnológica e da lógica de mercado nesta área os direcionam para atuar no modelo biomédico, centrado no profissional médico e na valorização dos procedimentos, elegendo o hospital como espaço privilegiado na formação dos profissionais, mesmo após as DCNs serem aprovadas nos cursos de graduação em saúde:

A fragmentação do ensino em disciplinas, a organização da academia ou serviços em departamentos, a extrema divisão técnica do trabalho e a dicotomia entre teoria/prática contribuem, de modo expressivo, para o adiamento da terminalidade na formação e para a valorização da especialização, com perda da racionalidade integradora, do pensamento complexo e do cuidado integral à saúde (Brasil, 2008, p.26).

A parceria entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde permitiu a criação de mecanismos para viabilizar a articulação entre educação superior e saúde, visando à formação de profissionais coerente com o Sistema Único de Saúde – SUS. A articulação entre esses dois ministérios possibilitou uma aproximação técnica e programática, preservando a identidade e a responsabilidade de cada ministério, gerando ações intersetoriais que visam, principalmente, qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população.

Esta parceria pode ter colaborado com o aumento de 458% no número de cursos na área da saúde entre 1991 a 2008. Nesse mesmo período os cursos que mais cresceram foram ciências biológicas (649%), nutrição (658%) e fisioterapia (892%), e os que menos cresceram foram medicina (121%) e odontologia (137%). (Haddad et al, 2009)

Ainda segundo Haddad et al (2009) mesmo com estratégias e esforços do governo, o tema recursos humanos é recorrente na agenda da política de saúde como ponto nodal, enfrentando desafios tanto nos aspectos quantitativos de distribuição e fixação de profissionais, como qualitativos. As questões que hoje são objeto de debates e de intervenções governamentais, relativas à formação e qualificação profissional, representam a desarticulação acumulada na implementação de políticas sociais envolvendo os setores educacionais e de prestação de serviços na área da saúde.

1.2 Lei de Diretrizes e Bases da Educação

Retomando a história, na década de 1990 o Governo Federal propôs a reestruturação do Ensino Superior no Brasil aprovando a Lei nº 9.131 (24/11/1995), que reformulou o Conselho Nacional de Educação (CNE) e redefiniu parâmetros para a criação de novas instituições de ensino superior.

Em 1996 é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação brasileira, abrindo espaços para a flexibilização dos currículos de graduação, para a expansão de cursos e vagas na educação superior, além de direcionar a construção de Diretrizes Curriculares para cada Curso de Graduação.

Em decorrência de inúmeros debates e discussões realizadas em diferentes esferas brasileiras, a Lei de Diretrizes e Bases - LDB (Lei nº 9.394/96) alterou substancialmente os sistemas de ensino, em especial o ensino universitário. Além de permitir diferentes possibilidades de organização acadêmica (universidade, centros universitários, faculdades integradas, faculdades, escolas e instituições) com a implantação de sistema nacional de avaliação da educação superior institucional, atendeu também à reivindicação de educadores e estudiosos de que os cursos de licenciatura se constituíssem, especificamente, em cursos para formação de professores da Educação Básica, contemplou que a dimensão da prática profissional deveria permear todo o currículo, e não mais ser tratada de modo isolado somente ao final do curso. (Haddad, 2006).

Nessa perspectiva, a partir da LDB/96, concretizou-se, em 7 de agosto de 2001, o Parecer nº 1.133 do CNE/CES, que veio reforçar a necessidade da articulação entre Educação Superior e para atender às essas determinações, o CNE emitiu alguns pareceres e resoluções, estabelecendo também novas diretrizes curriculares para as diferentes áreas de conhecimento e concentrando as opções de titulação em bacharelado acadêmico, bacharelado profissionalizante e licenciatura (Parecer nº 09/CNE/2001).

Para estimular e fomentar a discussão sobre essas diretrizes, a Câmara de Ensino Superior do CNE emitiu, o Parecer nº 776/97 (3/12/1997) e lançou o Edital nº 4 (10/12/1997) que objetivaram convocar as Instituições de Ensino Superior a apresentarem suas propostas de diretrizes curriculares. As diferentes iniciativas e movimentos relacionados à formação profissional foram rediscutidos entre o Ministério da Educação e representantes das áreas profissionais para organização das DCNs propostas entre 1998 e 2001.

As IES deveriam apresentar aspectos relevantes, como: indicar tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino/aprendizagem, evitar a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias predeterminadas ou reduzir a carga horária dos cursos, incentivar a formação generalista; e permitir a estruturação de variados tipos de formação e habilitação a partir de um mesmo programa. Observou-se uma perspectiva de flexibilidade, diversidade e qualidade da formação, estimulando o estudante a buscar o conhecimento de forma ativa, não se tornando dependente da transmissão de conteúdo por meio dos professores integralmente, mas se tornando protagonista em sua vida acadêmica e futuramente profissional (Gaspar, 2013).

Desta forma, partindo dos direitos assegurados na constituição, da conformação de saúde vigente e dos aspectos educacionais envolvidos na formação, o MEC estabeleceu as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em saúde, referindo que a formação superior deve:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001).

Com a necessidade de integrar a formação profissional em saúde às necessidades do SUS, diversas leis, normas, portarias, e resoluções como, por exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional foram promulgadas pelos MEC e Ministério da Saúde (MS), a fim de acelerar essa integração/mudança na Educação Superior (Brasil, 2001). Além desta, o Ministério da Saúde propõe por meio da Política de Educação Permanente em Saúde outra lógica de educação em saúde, de modo a estabelecer a educação permanente aos profissionais dentro das instituições em que trabalham. (Brasil, 2009)

1.3 Processo de avaliação da qualidade dos cursos de saúde no Brasil

Com o objetivo de assegurar um processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico de seus estudantes garantindo a qualidade acadêmica no ensino, na pesquisa e na extensão, o Congresso Nacional instituiu através da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES nos termos do art. 9º, inciso VI, VIII e IX, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Anexo C).

O SINAES foi construído a partir do trabalho da Comissão Especial de Avaliação (CEA), designada por Portaria da Secretaria de Educação Superior (SESu) - Ministério da Educação em 28 de abril de 2003 com a finalidade de analisar, oferecer subsídios, fazer recomendações, propor critérios e estratégias para a reformulação dos processos e políticas de avaliação da Educação Superior e elaborar a revisão crítica dos seus instrumentos, metodologias e critérios utilizados.

Ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior compete estabelecer diretrizes, critérios e estratégias para o processo de avaliação, em conformidade com suas atribuições legais de coordenação e supervisão do processo de avaliação da educação superior. O documento do SINAES considera que a avaliação é um dos instrumentos de que dispõe o Poder Público e a sociedade para dimensionar a qualidade e a relevância das IES em consonância com sua missão acadêmica e social. Como parte de uma política de Estado responsável pela educação nacional, o SINAES, tem como núcleo a formulação das estratégias e dos instrumentos para a melhoria da qualidade e da relevância das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O sistema de avaliação integra e articula, de forma coerente, concepções, objetivos, metodologias, práticas, agentes da comunidade acadêmica e de instâncias do governo. Esse sistema

de avaliação abrange todas as IES, independentemente de suas características e natureza jurídica, ocorrendo em processo permanente. Sua finalidade é construtiva e formativa; amplia o campo da avaliação quanto à temática, ao universo institucional, aos agentes e aos objetivos. Por ser permanente e envolver toda a comunidade, cria e desenvolve a cultura de avaliação nas IES e no sistema de educação superior.

No Brasil, em face da significativa participação do setor privado nessa oferta educacional, a avaliação constitui-se em importante instrumento de prestação de contas para a sociedade, para cada um dos usuários e para as próprias instituições.

Segundo o documento do Ministério da Educação publicado pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES - em agosto de 2004, o SINAES, está apoiado em alguns princípios fundamentais para promover a qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional, da sua efetividade acadêmica e social e especialmente do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais. Esses princípios são:

- a) A responsabilidade social com a qualidade da educação superior;
- b) O reconhecimento da diversidade do sistema;
- c) O respeito à identidade, à missão e à história das instituições;
- d) A globalidade institucional pela utilização de um conjunto significativo de indicadores considerados em sua relação orgânica;
- e) A continuidade do processo avaliativo como instrumento de política educacional para cada instituição e o sistema de educação superior em seu conjunto.

Um dos componentes básicos do SINAES é a Avaliação das Instituições de Educação Superior (AVALIES), que se desenvolve em três momentos principais: a Auto avaliação, conduzida pelas Comissões Próprias de Avaliação; a Avaliação Externa, realizada por comissões externas designadas pelo Instituto de Educação e Pesquisa - INEP, segundo diretrizes da CONAES e a avaliação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes - ENADE.

A CONAES coordena e sistematiza este processo e foi designada pelo Presidente da República sendo vinculada ao Gabinete do Ministro de Estado da Educação. Esta comissão é composta de treze membros: cinco especialistas em avaliação ou gestão universitária, três oriundos de organizações representativas dos segmentos universitários e cinco representantes do Ministério da Educação: Coordenação de Pessoal de Nível Superior - Capes, Secretaria de Ensino Superior - SESu, Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa - INEP, Secretaria de Educação Média e Tecnológica - Semtec e Secretaria de Educação a Distância - Seed.

O Instituto de Educação e Pesquisa - Inep é o órgão responsável pela operacionalização dos processos coordenados pela CONAES e cabe a ele implementar as deliberações e proposições no

âmbito da avaliação da educação superior, bem como produzir relatórios pertinentes para o parecer conclusivo a ser emitido pela CONAES que os encaminhará aos órgãos competentes.

Além dos resultados dos outros componentes do SINAES – Avaliação dos Cursos de Graduação (ACG) e Exame Nacional de Avaliação de Desempenho dos Estudantes (ENADE) – são consideradas, no processo de Avaliação das Instituições, informações adicionais oriundas do Censo da Educação Superior, do Cadastro da Educação Superior, dos relatórios e conceitos da Capes para os cursos de pós-graduação, dos documentos de credenciamento e reconhecimentos da IES e outros considerados pertinentes pela CONAES.

O Projeto de Avaliação SINAES elaborado em cada IES, precisa contemplar necessariamente, entre outras especificidades institucionais, os seguintes aspectos: definição de finalidades e objetivos da avaliação; formas de integração da avaliação interna, avaliação de cursos, avaliação de desempenho de estudantes e avaliação externa; participação da comunidade acadêmica nas instâncias institucionais; usos dos resultados na definição de políticas institucionais; cronograma geral de desenvolvimento das atividades avaliativas, inclusive previsão do início da avaliação externa, dentre outros pontos que considerar relevantes.

A divulgação do resultado das avaliações se torna publicitada por diversos meios, como reuniões, documentos informativos (impressos e eletrônicos) e seminários. A avaliação institucional precisa ser um momento crucial de exposição pública da instituição e de comunicação transparente com a comunidade interna e externa. Essa interação deve produzir um dos insumos mais preciosos do processo avaliativo capaz de fertilizar, por meio da autoconsciência valorativa, a capacidade da instituição de planejar-se para o futuro com maior qualidade acadêmica e pertinência social.

Para o CONAES o processo de auto avaliação proporciona o autoconhecimento, que representa grande valor para a IES e se caracteriza como um balizador da avaliação externa, prevista no SINAES. Como finalização de cada fase da avaliação, a reflexão sobre o processo é necessária, visando a sua continuidade. Assim, uma análise das estratégias utilizadas, das dificuldades e dos avanços que se apresentaram durante o processo, permitirá planejar ações futuras.

A avaliação externa é composta pelo Conceito Preliminar de Curso - CPC e pelo Conceito do Curso – CC. O CPC é conceituado de 1 a 5 e é um indicador prévio da situação dos cursos de graduação no país. Para que os valores se consolidem, e representem efetivamente o que se espera de um curso em termos de qualidade e excelência, comissões de avaliadores farão visitas in loco para corroborar ou alterar o conceito obtido preliminarmente. Cursos que receberam nota 1 ou 2 no CPC automaticamente são avaliados in loco pelo MEC. Já cursos com nota igual ou superior a 3 podem decidir se querem ou não receber a visita dos avaliadores. Caso não optem pela avaliação presencial, o CPC é o conceito de qualidade que vale. O Conceito de Curso (CC) é a nota final de

qualidade dada pelo MEC aos cursos de graduação das instituições de ensino superior no Brasil. Este conceito final é feito a partir de uma avaliação presencial dos cursos pelos técnicos do MEC e pode confirmar ou modificar o CPC.

CAPÍTULO 2

Formação em Terapia Ocupacional no Brasil

O papel do terapeuta ocupacional foi se constituindo historicamente como fruto de sua adequação às contraditórias condições da realidade social, de tal modo que para se proceder à análise deste papel é necessário se identificar o tipo de sociedade em que esta prática social foi engendrada e as conjunturas político-econômicas que deram dimensão às características próprias ao seu papel técnico político.

2.1 História da Terapia Ocupacional no Brasil

A Terapia Ocupacional surgiu a partir de dois marcos históricos: A Revolução Francesa, em 1789, e a Primeira Guerra Mundial em 1914, (Cavalcanti e Galvão, 2007) e foi a partir das necessidades advindas dos mutilados da Primeira Guerra Mundial e da necessidade de se intervir junto à loucura consequente da guerra, que o uso da atividade humana originou-se enquanto recurso terapêutico, possibilitando assim, a integração com o campo psicossocial na atuação clínica. Além disso, instalou-se, nos países que se havia envolvido no conflito, um clima de reconstrução nacional, o que requeria mais trabalhadores e mais horas de trabalho diário, face à necessidade de repor os pesados prejuízos econômicos sofridos. Na saúde, e particularmente na Terapia Ocupacional, abria-se espaço para a readaptação e a reabilitação, fundamentais ao controle, e à reciclagem, requalificação, produção e reprodução da força de trabalho, sob progressivo agenciamento do Estado.

Segundo Soares (1991) a Terapia Ocupacional surgiu basicamente, de dois processos: ocupação dos doentes crônicos em hospitais de longa permanência com base em programas recreativos e/ou laborterápicos e restauração da capacidade funcional dos incapacitados físicos em programas multidisciplinares de reabilitação.

A história da profissão aponta que as ideias da Revolução Francesa influenciaram na implantação e desenvolvimento da Terapia Ocupacional em meados do ano de 1950. Já visando o trabalho como forma de tratamento, em 1854, o Hospício Pedro II oferecia aos doentes mentais ali internados, oficinas de sapataria, marcenaria, formação de florista e atividade de desfiadura de estopa. Em 1903, o Diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas, Juliano Moreira, impulsionou a Terapia Ocupacional em todo o Brasil e principalmente no Rio de Janeiro. Em São Paulo, o introdutor da terapia pelo trabalho, então denominada praxiterapia, foi Franco da Rocha.

Através das medidas assistencialistas do estado, criou-se em 1950, o Serviço de Reabilitação do SESI (Serviço Social da Indústria) em São Paulo sendo incluídos em suas instalações todos os serviços de reabilitação física e profissional, com os técnicos especializados e formados pelo próprio médico fisiatra responsável pelo serviço, que treinava os profissionais em cursos de curta duração (Soares, 1991). A contratação de terapeutas formados nos cursos

universitários veio acontecer após muitos anos do seu funcionamento, mantendo-se, entretanto, a rigorosa hierarquia clínica na equipe.

Soares (1991) escreve que para atender à demanda crescente das entidades e serviços de reabilitação, foram constituídos alguns cursos de formação em Terapia Ocupacional e Fisioterapia para substituir o treinamento em serviço e os cursos especializados, que eram realizados internamente em algumas instituições (como o Curso Elementar de Terapia Ocupacional, ministrado por Nise da Silveira, em 1948, 1953, 1961 e 1979).

Rio de Janeiro e São Paulo foram os dois primeiros estados nos quais foram implantados os cursos de Terapia Ocupacional, seguidos por outros três nos anos 60 do século passado, em Minas Gerais, Pernambuco e Bahia. Os cursos realizados no Rio de Janeiro foram promovidos pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR e tiveram início um ano antes dos cursos paulistas, em 1956. Mas como estes foram promovidos por uma entidade civil, não vinculada ao meio universitário, contou com menor apoio governamental. A ABBR instalou a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro — ERRJ, que formou fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais baseados no modelo curricular israelita, que, por sua vez, se baseava no modelo norte-americano, de nível universitário.

Para se fortalecerem, os terapeutas ocupacionais se organizaram em associações científicas da categoria nos estados da Guanabara e São Paulo e na Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil - ATOB, fundada em 13/11/1964. Também realizaram encontros regionais e nacionais onde foi incentivada a troca de experiências, o crescimento científico e o fortalecimento da categoria, congregando todas as demais associações da área e defendendo os interesses da profissão, além de divulgar e incentivar o intercâmbio com entidades de outros países e promover congressos e debates científicos em âmbito nacional e regional.

Tomado como exemplo os países de primeiro mundo, o Brasil buscava também lutar por sua legitimação e pela ampliação de espaços de atuação e, inclusive, pela transformação da profissão em de nível superior. Em função disso, a data de 13 de outubro de 1969 tornou-se um marco importante da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a regulamentação dos cursos como de nível superior, através do Decreto-Lei nº. 938 elaborado por uma comissão de peritos do Conselho Federal de Educação (Lopes, 1999).

A partir de então, o processo de profissionalização dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas passa pela luta pela criação de Conselhos, de cunho governamental, que assumissem a função de regulamentação e fiscalização do exercício profissional. Essa tarefa culminou com a efetiva instauração, em 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO – e, subsequentemente, de Conselhos Regionais. O COFFITO veio normatizar as atribuições específicas de cada uma das categorias e estabelecer o Código de Ética Profissional; os

Conselhos Regionais se encarregaram do credenciamento e fiscalização de entidades mantenedoras dos serviços e profissionais habilitados ao exercício profissional (Soares, 1991).

No que diz respeito à formação acadêmica do terapeuta ocupacional, a ATOB o COFFITO e a categoria se empenharam nas discussões a respeito das definições contidas no currículo mínimo de 1963 para sua reformulação baseado nos padrões internacionais preconizados pela Federação Mundial de Terapia Ocupacional / *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT). A Associação, o Conselho e os profissionais tinham dois tipos de preocupação: a qualidade de ensino e as reivindicações corporativas. Dentre essas, as primeiras referiam-se às condições de infraestrutura e a anseios de um embasamento técnico-científico que estivesse em consonância com os paradigmas mais gerais do desenvolvimento dos profissionais no Brasil e no mundo. As reivindicações de caráter corporativo eram tanto relacionadas à garantia de mercado profissional quanto à necessidade de uma formação humanística e geral que permitisse uma atuação mais crítica dos terapeutas ocupacionais, e de um currículo mais voltado para ações de promoção de saúde e não apenas para a reabilitação.

No início do ano de 1980, a partir de uma proposta mais abrangente de perfil profissional, e considerando os padrões internacionais de 1971 da WFOT, a ATOB, por meio de sua Comissão de Ensino, aglutinou escolas e entidades científicas, profissionais e culturais para estudar e debater possíveis modificações no currículo mínimo. Dessas discussões emergiram posições próximas às defendidas inicialmente pelas entidades: o trabalho dos profissionais deveria focar as três fases de atenção à saúde — prevenção, cura e reabilitação — e os novos currículos deveriam prover condições de existência e credibilidade para a profissão. Com base nessas posições, a ATOB elaborou e encaminhou ao MEC, por intermédio do COFFITO, as novas propostas de currículo mínimo para a formação de profissionais.

O projeto de reformulação do currículo mínimo enviado ao MEC em 1980 foi aprovado em 13/12/82 (Brasil, 1982). Os cursos passaram de 2.160 para 3.240 horas, de três para quatro anos e de um modelo de formação clínico biológica para um modelo de saúde que integrasse o enfoque psicológico e social ao biológico, no qual a profissão atuasse da prevenção à reabilitação.

Ao final da década de 1980 haviam sido regulamentados treze cursos ao total, sendo quatro públicos e nove privados. O currículo mínimo de 1983 foi superado com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996), mas as Diretrizes Curriculares Nacionais que o substituíram somente foram aprovadas em 2002.

Diante do exposto, pode-se verificar que a trajetória do ensino da Terapia Ocupacional no Brasil nos últimos cinquenta anos foi marcada pela preocupação com um ensino de qualidade que atendesse às necessidades de formação de recursos humanos em saúde, assim como à formação de um profissional qualificado para uma atuação social crítica e responsável.

Segundo Lopes (2004), o processo de definição dos parâmetros para autorização, avaliação e reconhecimento dos cursos, assim como das diretrizes curriculares, foi conduzido democraticamente pelas Comissões de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional (CEETO) e esses mecanismos foram utilizados para um ensino de maior qualidade em Terapia Ocupacional, apesar das restrições impostas pelo MEC.

Para a análise dos processos de autorização e reconhecimento de cursos e credenciamento de instituições, as CEETO foram encarregadas de assessorar a Secretaria de Ensino Superior (SESu) do MEC e esse diálogo buscou desde 1996, utilizar essa instância para firmar seus princípios sobre a formação desse profissional.

Sempre se baseando nas articulações dos docentes nos encontros nacionais, foram construídos instrumentos capazes de formalizar a estrutura e o funcionamento dos cursos. Como resultado desse esforço, desde final de 1998, a Terapia Ocupacional conta com os seguintes documentos discutidos e aprovados pelo conjunto dos docentes: Diretrizes Curriculares, Padrões de Qualidade, Formulário de Autorização de Funcionamento, Formulário de Avaliação de Novos Cursos, Indicadores de Áreas de Conhecimento e Roteiro de Verificação para Reconhecimento.

2.2 Padrões mínimos e diretrizes para o curso de Terapia Ocupacional

A primeira versão dos padrões mínimos começou a ser delineada em 1952, sendo aprovada em 1954. Um novo documento de suporte ao anterior, denominado “Estabelecimento de Cursos para a Formação de Terapeutas Ocupacionais” foi publicado em 1958 para orientar a abertura e o desenvolvimento de cursos em países onde a Terapia Ocupacional enquanto profissão ainda não estava estabelecida. Essa versão, depois de sucessivas revisões, foi implementada em 1963 e publicada em 1966 com o título “Formação do Terapeuta Ocupacional”.

Em 1971 uma nova revisão foi efetuada e o texto dos “Padrões Mínimos Recomendados para a Formação de Terapeutas Ocupacionais”, foi publicado naquele mesmo ano, com o intuito de se adequar às transformações que estavam ocorrendo em quase todas as profissões da área de saúde, principalmente na medicina. A orientação para a formação dos terapeutas ocupacionais nesta época era a compartimentalização do corpo e a divisão por especialidades nas práticas clínicas, permanecendo assim por várias décadas.

Em 1984, outra atualização nos Padrões Mínimos foi necessária para incorporar as mudanças que refletiam as novas terminologias e técnicas na Terapia Ocupacional e também para orientar melhor o desenvolvimento de novas estruturas curriculares. São dessa época as divisões que explicitavam separadamente os requisitos gerais, a organização do curso de graduação e o conteúdo das disciplinas, bem como as especificações dos estágios profissionais, reiterando-se 1000 horas mínimas de prática supervisionada que, naquele momento, foram delineadas sob a forma de apêndice.

Em 1991, a revisão realizada manteve a versão de 1984, mas de forma menos prescritiva. Essa versão foi ampliada incluindo matrizes dos formulários exigidos pela *World Federation of Occupational Therapists* - WFOT para o reconhecimento inicial de cursos e também para o monitoramento contínuo dos mesmos, a fim de que as Associações Nacionais pudessem efetuar essa tarefa a cada cinco anos.

A versão, em vigor, começou a partir de duas demandas específicas. A primeira decorrente da necessidade de alguns países que solicitavam subsídios para a criação de abertura de cursos de Terapia Ocupacional e de outros países que queriam orientações mais claras sobre o processo de monitoramento contínuo. A segunda demanda era explícita para que fosse realizada uma ampla revisão dos Padrões Mínimos, a partir da percepção das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Terapia Ocupacional que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de terapeutas ocupacionais, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

No caso dos cursos de graduação na área da saúde e no caso particular da Terapia Ocupacional, o pré-projeto para suas diretrizes curriculares, apresentado pelo CNE em audiência pública em junho de 2001, não deixou nenhuma regulamentação sobre a definição de cargas horárias mínimas ou máximas. Em um documento produzido pela Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO (2012) foi relatado que isso provocou intenso debate, que levou a categoria profissional a manifestar-se em documento enfatizando três questões:

- a) Reafirmação a importância de que as diretrizes curriculares incluíssem dentro dos 50% da carga horária de formação específica dos cursos, aspectos essenciais da formação do terapeuta ocupacional, que compreendem: estudos dos Fundamentos Históricos, Filosóficos e Metodológicos da Terapia Ocupacional, das Atividades e Recursos Terapêuticos, de Grupos e Instituições e de Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação;
- b) Que os cursos de graduação em Terapia Ocupacional brasileiros tivessem no mínimo 1.000 horas de formação em serviço, em consonância com a WFOT;
- c) Preocupação com a não fixação da carga horária mínima para a formação, no nível de graduação, dos terapeutas ocupacionais brasileiros:

[...] não podemos prescindir, especialmente na área da saúde, onde temos o dever de tomar decisões que se refletem diretamente na vida dos indivíduos, de critérios mínimos que busquem alcançar um patamar inalienável de qualidade na formação daqueles que serão responsáveis por tais decisões. Este é o caso da carga horária mínima para cursos de graduação na saúde em geral e na terapia ocupacional em particular. Sabemos que quantidade não se transforma necessariamente em qualidade, mas qualidade pressupõe alguma quantidade. Essa quantidade mínima, no caso da terapia ocupacional, não pode ser

inferior a um dos três parâmetros já estabelecidos na categoria profissional, ou seja: 3.600 horas já previstas na proposta no texto original das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional, 3.240 horas do antigo Currículo Mínimo/MEC ou 3.000 horas previstas pela Federação Mundial de Terapia Ocupacional. (Associação Brasileira de terapeutas ocupacionais 2012, p.2).

As Comissões de Especialistas de Ensino foram extintas em 2002 e criaram-se Comitês Assessores da SESu, a partir do Parecer CNE/CES 1.366/2001 de dezembro de 2001. Esses comitês tinham a função de supervisão para fins de autorização de cursos e de credenciamento de novas instituições; supervisão periódica em instituições e acompanhamento da qualidade do ensino em cursos superiores; proposição de padrões de qualidade para cursos e instituições, em articulação com as comissões do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP e colaboração na proposição de diretrizes gerais de políticas de ensino superior.

No final de 2002, levantavam-se algumas questões sobre a perda da capacidade de normatização das antigas comissões, agora comitês, que passariam a ter um caráter meramente consultivo, sem poder para interferir na criação de novos cursos ou na continuidade daqueles considerados insatisfatórios. As avaliações feitas com instrumentos uniformizados pelo INEP tornaram bastante improváveis o não reconhecimento de cursos a partir das condições de oferta. O Exame Nacional de Cursos, o antigo Provão, entretanto, foi ao longo do governo Fernando Henrique Cardoso, ganhando legitimidade no seio da sociedade brasileira, apesar de opiniões contrárias de uma série de setores. A Terapia Ocupacional não chegou a fazer parte dos cursos avaliados pelo Provão e somente os cursos que demandavam reconhecimento ou renovação de reconhecimento foram avaliados. Nas universidades públicas isto não aconteceu com os cursos que não participaram do Provão (Lopes, 2004).

De acordo com a DCN, para os cursos de Terapia Ocupacional (Anexo D), a formação deste profissional deve atender ao sistema de saúde vigente no país, à atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado, de referência e contra referência e o trabalho em equipe. Além disso, a DCN define no Art. 6º que os conteúdos para o curso de graduação em Terapia Ocupacional devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Terapia Ocupacional:

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em terapia ocupacional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos biológicos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a

integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas sociais.

III - Ciências da Terapia Ocupacional - incluem-se os conteúdos referentes aos fundamentos de Terapia Ocupacional, as atividades e recursos terapêuticos, a cinesiologia, a cinesioterapia, a ergonomia, aos processos saúde-doença e ao planejamento e gestão de serviços, aos estudos de grupos e instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação. (Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Terapia Ocupacional, 2002 - Anexo D),

As diretrizes valorizam a construção de currículos flexíveis e com uma concepção ampliada de saúde que incentivem a autonomia dos estudantes e favoreçam o contato com a população e a realidade dos serviços aos quais o profissional estará vinculado após a graduação. Nesse sentido é importante que o estudante experimente a prática profissional em diferentes equipamentos sociais e de saúde, tais como unidades básicas de saúde e comunidades. Mais do que isso, vivencie práticas que exijam dele novas formas de atuação e interlocução com o outro, por exemplo, quando dificuldades e possibilidades surgem dos diferentes interesses e necessidades das pessoas que vivem em contexto de pobreza. Para isso, nas diretrizes está previsto que os currículos orientem a formação para a compreensão, interpretação e proteção de diferentes realidades socioculturais.

Considerando estas recomendações, pode-se entender que todo processo que esteja comprometido com as questões de formação em Terapia Ocupacional deverá gerar nesse estudante, transformações no seu cotidiano, na produção do cuidado em saúde e em sua prática. Isto implica em produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações, atendendo ao sistema de saúde no Brasil e promovendo atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e no trabalho em equipe.

Entretanto, a Portaria Normativa nº6, de 27 de março de 2013 (Anexo E), não incluiu o curso de Terapia Ocupacional no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE para fins de avaliação de desempenho dos estudantes desta graduação no ano de 2013. Em documento para informar sobre a decisão da diretoria de avaliação da educação superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - DAES/INEP e CONAES, a exclusão do curso de Terapia Ocupacional foi justificada pela aprovação de critérios pelo CONAES em 03 de março de 2012. Esses critérios incluem o número mínimo de 100 (cem) cursos e dois mil estudantes concluintes para a inclusão no Exame, e segundo o sistema e-MEC, em janeiro de 2013 existiam 72 cursos com 1.238 concluintes, excluindo assim do Exame o bacharelado em Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO 3

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

Em sete de abril de 1948, a Organização Mundial de Saúde - OMS divulgou o conceito de saúde relacionando-o ao estado mais completo de bem-estar físico, mental e social, e não mais indicador apenas de ausência de enfermidade, como era definida anteriormente. Esse novo conceito remetia à ideia de uma saúde ótima, possivelmente inatingível, e por isso foi criticado.

Em 1977 surge o conceito de Christopher Boorse relacionando a saúde com a ausência de doença, e esse também foi criticado, pois classificaria os seres humanos como saudáveis ou doentes. Segundo Scliar (2007), esse conceito mostrava uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra, o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena e não um estado estável, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuíam a uma situação, sem privações.

Para Scliar (2007), o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças.

A OMS, considerando estes fatos, desenvolveu a Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF como complemento da Classificação de Doenças – CID após diversas pesquisas, e solicitou a revisão desse modelo para várias organizações em diversos países (OMS, 2001). A CIF foi aprovada pela OMS em 2001 e logo em seguida houve um acordo entre os países para que a nova classificação fosse implementada em diferentes campos e aplicações para as quais foi criada. Para Lavanchy (2011) surgia o início de uma nova era na prática clínica dos profissionais de saúde.

3.1 História da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF

Considerando as mudanças nos conceitos de saúde, a Organização Mundial de Saúde em 1972 desenvolveu um estudo que relacionava a doença com suas consequências. Nesse estudo deveriam ser feitas distinções entre deficiências e suas implicações funcionais e sociais. Os vários aspectos ou eixos dos dados levantados deveriam ser classificados separadamente em diferentes campo e dígitos.

Em 1974 já havia classificações separadas para deficiências e limitações, surgindo entre os países membros da OMS discussões sobre as consequências de doenças, gerando sugestões que posteriormente foram coletadas. As propostas formuladas foram definidas e desenvolvidas e então

submetidas à consideração da Conferência Internacional para a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças em outubro de 1975. (OMS, 2003).

Após considerar as classificações, a Conferência recomendou a publicação da CIF em caráter experimental e em maio de 1976, na 29ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução WHA – 29.35 na qual se aprovou a publicação, com caráter experimental, da classificação suplementar de deficiências e desvantagens como um suplemento, mas não como parte integrante da Classificação Internacional de Doenças. (OMS, 2003)

Em 1980 a primeira edição foi publicada com o nome de *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* - ICIDH em caráter experimental. Essa classificação foi traduzida para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID. O processo de revisão da ICIDH/CIDID apontou suas principais fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe e a não abordagem de aspectos sociais e ambientais.

Em março de 1997 foi elaborada uma segunda versão da ICIDH/CIDID com mais estudos de campo, sendo essa versão publicada e impressa em julho de 1999 (OMS, 2003).

Após a incorporação de informações, em janeiro de 2001, a versão pré-final da ICIDH/CIDID foi apresentada à OMS e em seguida apresentada na 54ª Assembleia Mundial de Saúde em maio do mesmo ano. E em 22 de maio de 2001 a assembleia de Saúde aprova a nova classificação com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF,

O uso da nova versão da classificação foi recomendado aos países membros na resolução WHA 54.21 (Anexo F) a fim de modificar a abordagem baseada na doença para enfatizar a funcionalidade como um componente da saúde. No Brasil a CIF foi apresentada em 2003, depois de ser traduzida para o português, propondo a operacionalização do enfoque biopsicossocial através da adoção de um modelo multidimensional de funcionalidade e incapacidade.

3.2 Objetivos e princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF

Segundo a OMS (2003), a Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão – CID 10 fornecem uma estrutura conceitual baseada na etiologia e a CIF relaciona as condições de saúde com a funcionalidade e incapacidade. Portanto, as duas classificações são consideradas complementares e, para proporcionar uma grande variedade de informações, a OMS recomendou uso em conjunto constituindo assim, uma valiosa ferramenta para descrever e comparar saúde dentro de um contexto internacional.

Para Farias e Buchalla (2005), o uso da CID em conjunto com a CIF facilitam o levantamento, a consolidação, a análise e interpretação de dados, as informações de bases nacionais

consistentes nas áreas de saúde, além de permitirem a comparação de informações da saúde sobre as populações ao longo do tempo, entre regiões e países.

Segundo a OMS, (2003) a CIF apresenta os seguintes objetivos:

- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e feitos;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores de políticas públicas e o público, inclusive pessoas com incapacidades;
- Permitir comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

Desta forma, a CIF contém uma série de ferramentas e permite várias abordagens havendo possibilidade de ser utilizada em muitos setores que incluem a saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas e políticas públicas. Portanto, sua importância pode ser tanto para as práticas clínicas, como no ensino e em pesquisa.

Recomendada pela OMS a utilização da CIF vem se expandindo no mundo como ferramenta estatística, de pesquisa, na clínica, como ferramenta de política social e pedagógica. A OMS (2003) defende a ideia que a CIF é uma classificação das características de saúde das pessoas dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais. A interação das características de saúde com os fatores contextuais é que produz a incapacidade. Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações, ou restrições de participação.

Para que esse quadro se torne uma realidade em todos os países membros da OMS, é importante que as Classificações Internacionais de Saúde sejam instrumentos padronizados a fim de serem utilizados pelos gestores, gerentes, usuários e profissionais da saúde, conforme recomendação, visando à formulação de uma linguagem uniforme para as categorias da saúde e relacionadas à saúde (Farias & Buchalla, 2005).

Segundo Üstün (2002) quatro princípios orientaram o desenvolvimento da CIF e são essenciais para a sua aplicação. São eles:

- 1) Universalidade - uma classificação de funcionalidade e incapacidade deve ser aplicável a todas as pessoas, independentemente da condição de saúde e em todos os contextos físicos, sociais e culturais. A CIF consegue isso e reconhece que qualquer um pode experimentar alguma incapacidade. Ela diz respeito à funcionalidade e incapacidade de todos e não foi concebida, nem deve ser usada como rótulo de pessoas com deficiência, como um grupo separado da sociedade;

2) Paridade e neutralidade etiológica - na classificação de funcionalidade e incapacidade, não há uma explícita ou implícita distinção entre saúde e diferentes condições, sejam mentais ou físicas. Em outras palavras, a incapacidade não é diferenciada por etiologia. Deslocando o foco da condição de saúde para funcionalidade, ela coloca todas as condições de saúde em pé de igualdade, permitindo-lhes serem comparadas usando uma métrica comum. Esclarece ainda que não se pode inferir a participação na vida cotidiana por determinado diagnóstico etiológico sozinho;

3) Neutralidade - as definições de domínio são redigidas em linguagem neutra, sempre que possível, para que a classificação possa ser usada para gravar os aspectos positivos e negativos da funcionalidade e incapacidade;

4) Influência ambiental - a CIF inclui uma lista de fatores ambientais em reconhecimento do importante papel do ambiente na funcionalidade das pessoas. Esses fatores variam de fatores físicos (tais como o clima, terreno ou arquitetura) a fatores sociais (como as atitudes, instituições e leis). A interação com o ambiente é um aspecto essencial do entendimento científico da funcionalidade e incapacidade

3.3 Modelo de Funcionalidade e Incapacidade

O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade tem por objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento. A assistência médica é considerada como a questão principal e, em nível político, a principal resposta é a modificação ou reforma da política de saúde (OMS, 2003).

Diferente do anterior, o modelo social de incapacidade, por outro lado, vê a incapacidade como um problema socialmente criado e não totalmente como um atributo de um indivíduo. No modelo social, a incapacidade demanda uma resposta política, uma vez que o problema é criado por um ambiente não acomodatório, trazido por atitudes e outras características do ambiente social. Segundo a OMS (2003) por si só, nenhum dos modelos é adequado, embora ambos sejam parcialmente válidos.

Incapacidade é um fenômeno complexo que pode ser considerado tanto um problema no nível do corpo da pessoa, como também um fenômeno social. A incapacidade é sempre uma interação entre as condições da saúde da pessoa e o contexto geral em que a pessoa vive.

Farias e Buchalla (2005) apontam que a CIF introduz um novo paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, considerando que as mesmas não resultam diretamente das condições de saúde, mas são determinadas também pelo contexto (físico e social), pelas diferentes percepções culturais e atitudes com relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de políticas públicas.

3.4 Estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF

Para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade, a CIF baseia-se na junção dos dois modelos, o médico e o social, sendo esse novo modelo denominado pela OMS como biopsicossocial. Sampaio e Luz (2009) destacam que o modelo proposto é usado para se obter uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social).

A estrutura da CIF é organizada em duas partes: a primeira é formada pelos códigos referentes às Funções, Estruturas e Atividades e Participação e a segunda parte é formada pelos códigos que representam os Fatores Ambientais.

Baseada na abordagem biopsicossocial, a CIF deve ser aplicada de forma universal a todas as pessoas e não somente àquelas com algum tipo de déficit (Mângia, Muramoto & Lancman, 2008). Segundo Di Nubila e Buchalla, (2008), estruturalmente a CIF é organizada em três componentes:

- Corpo, compreende duas classificações: 1) Funções do corpo- cujos códigos deverão ser precedidos da letra “b” (*body functions*) e 2) Estruturas do corpo – pela letra “s” (*structure*);
- Atividade e Participação, ou o que o corpo realiza, representando aspectos da funcionalidade a partir da perspectiva individual e social - cujos códigos são precedidos pela letra “d” (de *domain*);
- Contexto ou circunstância em que o corpo realiza suas atividades e participação, ou seja, representam o ambiente físico, social e de atitudes nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas, cujos códigos são precedidos pela letra “e” (de *environment*);

Os códigos só estão completos com a presença do qualificador, divididos em leve, moderado, grave ou total, mensurando assim a gravidade do problema em questão, que indica a magnitude do nível de saúde (por exemplo, a gravidade do problema). Os qualificadores são representados por um ou mais números, colocados após o código e separados por um ponto. A utilização de qualquer código deve estar acompanhada de um qualificador. Sem ele, os códigos não tem significado (OMS, 2003).

Para a CIF a atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, participação é o envolvimento numa situação da vida e limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades. Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações reais da vida.

- (1) Os domínios do componente Atividades e Participação estão incluídos numa lista única que engloba a totalidade das áreas vitais (desde a aprendizagem básica ou a mera observação a áreas mais complexas, tais como, interações interpessoais ou de trabalho). O componente pode ser utilizado para descrever as atividades (a) ou a participação (p) ou ambas. Os domínios deste

componente são qualificados pelos dois qualificadores de desempenho e capacidade. Assim, as informações colhidas através dessa lista produzem uma tabela de dados sem sobreposições ou redundâncias.

- (2) O qualificador de desempenho descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual. Como este ambiente inclui um contexto social, o desempenho também pode ser entendido como envolvimento numa situação de vida, ou a experiência vivida das pessoas no contexto real em que vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais – todos os aspectos do mundo físico, social e atitudinal que podem ser codificados através dos componentes Fatores Ambientais.
- (3) O qualificador de capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este constructo visa indicar o provável nível máximo de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento. Para avaliar a capacidade plena do indivíduo, é necessário ter um ambiente padronizado para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes sobre a capacidade do indivíduo. Esse ambiente padronizado pode ser: (a) um ambiente real, utilizado, geralmente, para avaliação da capacidade em situações de teste; ou (b) nos casos em que isto não é possível, um ambiente que possa ser considerado como tendo um impacto uniforme. Este ambiente pode ser chamado de ambiente uniforme ou padrão. Assim, a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente. Este ajustamento deve ser o mesmo para todas as pessoas em todos os países para permitir comparações internacionais. As características do ambiente uniforme ou padrão podem ser codificadas utilizando-se a classificação dos Fatores Ambientais. A diferença entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos do ambiente atual e os do ambiente uniforme, proporcionando assim uma orientação útil sobre o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho.
- (4) Ambos os qualificadores, capacidade e desempenho, podem ainda ser utilizados com e sem dispositivos de auxílio ou assistência pessoal. Embora nem os dispositivos nem a assistência pessoal eliminem as deficiências, eles podem remover as limitações da funcionalidade em domínios específicos. Este tipo de codificação é útil principalmente para identificar o nível de limitação que o indivíduo teria sem os dispositivos de auxílio. (OMS, 2001 pp.12-13)

A CIF é útil num âmbito muito largo de aplicações diferentes, por exemplo, em segurança social, na avaliação da gestão dos cuidados de saúde, em inquéritos à população

a nível local, nacional e internacional. Oferece uma estrutura conceptual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoais, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais. É também útil no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas.

CAPÍTULO 4

Os cursos de Terapia Ocupacional reformularam os seus Projetos Pedagógicos de Cursos - PPC para se adequarem à DNC dessa graduação, a partir de 2002, e a partir de então, verificou-se a necessidade de modificar diversos modelos de saúde e educação. O ensino da CIF é inquirido nessa pesquisa para verificar se esse novo modelo de saúde está sendo repassado aos estudantes.

Objetivo Geral:

Analisar os Projetos Pedagógicos dos Cursos - PPCs de Terapia Ocupacional, para verificar a mudança de paradigma no modelo de saúde e a inserção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF como ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, política social ou como uma ferramenta pedagógica na graduação.

Objetivos Específicos:

- Identificar a quantidade e as características dos cursos de Terapia Ocupacional nas Instituições de Ensino Superior – IES públicas e privadas;
- Realizar análise documental dos Projetos Pedagógicos de Cursos – PPCs disponíveis, analisando o ensino e a utilização da CIF na graduação do curso de Terapia Ocupacional;
- Verificar se o modelo biopsicossocial é peculiar aos cursos de Terapia Ocupacional através de análise dos PPCs.

CAPÍTULO 5

Método

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de exploratória, realizada por meio da análise documental. A pesquisa documental é conceituada como apreciação de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos, com a finalidade de identificar, verificar e analisar o material pesquisado (Moreira, 2005).

A pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais (de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, dentre outros) notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos (Santos, 2000).

Para Pimentel, (2001) a primeira perspectiva da análise documental apreende os documentos como base para o desenvolvimento de estudos e pesquisas cujos objetivos advêm do interesse do pesquisador; também pode ser percebida como uma investigação relacionada à pesquisa histórica, uma vez que busca a reconstrução crítica dos dados passados no intuito de obter indícios para projeções futuras.

A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (Moreira, 2005). Assim, tal técnica é considerada como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original, facilitando sua consulta e referência. O tratamento documental desse tipo de pesquisa tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original representando de outro modo a informação, por intermédio de procedimentos de transformação (Bardin, 1977).

Os documentos selecionados para a pesquisa foram os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) de graduação em Terapia Ocupacional, e através de consulta ao Comitê de Ética, foi verificado que por serem considerados documentos públicos, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética para aprovação da pesquisa.

Os PPCs analisados para essa pesquisa foram construídos ou revisados na última década, entre 2003 e 2013, a fim de analisar a inclusão da CIF como ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, política social ou como uma ferramenta pedagógica conforme a recomendação da OMS, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e do Ministério da Saúde.

5.2 Coleta de dados

5.2.1. Amostra:

Inicialmente realizou-se um levantamento dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional nas IES públicas e privadas do país por meio do sistema e-MEC do Ministério da Educação, consultado em maio de 2013. Foram incluídos na pesquisa os cursos de graduação que estavam ativos; desses foram selecionados os PPCs que estavam disponíveis nos sites das IES ou em *sites* de pesquisa. Foram excluídos os cursos considerados extintos ou em extinção pelo sistema do Ministério da Educação.

5.2.2 Procedimento:

Os cursos de graduação foram pesquisados no sistema e-MEC por meio de consulta avançada. Foi selecionado o item “busca por curso”, descrito o curso “Terapia Ocupacional” e em seguida selecionada todos os tipos de “situação” (em atividade, em extinção, extinto e sub-judice). Encontrado o número total, foram selecionados somente os cursos de Terapia Ocupacional ativos. Desses cursos, ainda mediante o uso do sistema e-MEC, foram levantados os seguintes aspectos: o total de carga horária, o tempo de integralização, tipo de IES onde eram oferecidos (públicas ou privadas), se era universidade ou faculdade, o número de vagas ofertadas por ano, o turno oferecido, o conceito de curso (CC), o conceito preliminar de Curso (CPC) e a nota do ENADE.

Após a seleção dos cursos de Terapia Ocupacional em atividade os sites das Universidades e Faculdades foram acessados e em seguida foram verificadas nessas páginas a disponibilidade dos PPCs. Os documentos não encontrados nas páginas das IES foram procurados no *sites* de busca. Encontrados os PPCs, os mesmos foram verificados qual era o ano que este documento foi criado ou reformulado e somente os PPCs datados entre 2003 e 2013 foram selecionados. Em seguida a CIF foi destacado de cada PPC que contemplasse a CIF em qualquer um desses itens: conteúdo do PPC, referências bibliográficas do PPC, ementas, referência básica e referência complementar das disciplinas.

Os PPCs que contemplaram a CIF foram analisados para averiguação da forma com que esta classificação era utilizada no contexto do ensino, destacando cinco eixos recomendadas pelo COFFITO na Resolução nº 370/2009:

- Como uma ferramenta estatística – na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão);
- Como uma ferramenta na investigação – para medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais;
- Como uma ferramenta clínica – para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados;

- Como uma ferramenta de política social – no planejamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação, nos projetos e no desenvolvimento de políticas;
- Como uma ferramenta pedagógica – na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e realizar ações sociais.

Para complementar o estudo, todos os PPCs encontrados foram ainda analisados para verificar se o modelo biopsicossocial de saúde, característico da CIF, estaria contemplado nestes documentos, alocando em eixos de acordo com os três aspectos das perspectivas de saúde do modelo proposto: fatores biológicos, fatores individuais e fatores sociais. Para ser considerado como curso que segue o modelo biopsicossocial, o PPC deveria conter os três eixos no mesmo documento, sendo excluídos aqueles que apresentassem apenas um ou dois dos eixos pesquisados.

5.2.3 Análise dos dados:

Realizou-se a pesquisa do conteúdo dos PPCs a fim de destacar os trechos referentes à utilização da CIF como ferramenta estatística, ferramenta de investigação, ferramenta clínica, ferramenta de política social e ferramenta pedagógica. O conteúdo dos PPCs foi analisado quanto à evidência dos fatores biológicos, individuais e sociais caracterizando o modelo biopsicossocial nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional. Por ter sido analisado somente por uma pessoa, a pesquisa caracterizou-se como indutiva.

Os dados encontrados foram representados em tabelas quanto às frequências dos eventos, bem como foi realizada análise das médias e percentuais de ocorrência dos eventos.

CAPÍTULO 6

Resultados

A pesquisa no sistema do Ministério da Educação e Cultura apontou 73 cursos de graduação em Terapia Ocupacional em IES privadas e públicas, no mês de maio de 2013. No período da pesquisa, 63 foram considerados em atividade, cinco em processo de extinção e os outros cinco extintos, segundo o site do e-MEC.

A Tabela 1 evidencia que o mínimo de carga horária oferecida no curso de Terapia Ocupacional no país é de 3.132 horas e o máximo de 4.420 horas, sendo que entre esses dois extremos pode-se identificar uma média de 3.691 horas. Referente ao tempo de integralização o que pode ser observado na mesma tabela é que no país existem dois cursos com duração mínima de sete semestres, quatro cursos com nove semestres, a quantidade de onze cursos com dez semestres e 46 cursos, a maior parte, que totalizam oito semestres de estudo para formação em Terapia Ocupacional.

Considerando que a graduação em Terapia Ocupacional poderá ocorrer em IES Estaduais, Federais e Privadas, verifica-se que os cursos oferecidos em IES privadas no país somam-se mais que o dobro das universidades gratuitas, sendo 19 as Públicas; dentre elas três Estaduais e 16 Federais. Contam-se 44 as universidades privadas distribuídas no país, e destas, 23 são faculdades e 21 são universidades. Conforme a Tabela 1, o número de vagas ofertadas varia por instituição, entre 18 (mínimo) e 100 (máximo) por ano, assim como o turno dos cursos, que variam entre matutino, vespertino, noturno e também cursos que são ofertados em período integral. Ainda na Tabela 1 é evidenciado que foram encontradas 41,26% das universidades que oferecem a graduação em Terapia Ocupacional no período matutino, dentre essas, 20 são privadas e seis públicas. O curso de Terapia Ocupacional no período noturno é oferecido em 31,74% de Instituições de Ensino Superior. O curso em período integral é ofertado em 25,39% das IES em doze IES públicas e cinco IES privadas. O curso no período vespertino é apresentado em duas universidades, uma privada e outra pública, sendo que a última oferta também em outro turno.

Em relação às regiões em que os cursos são oferecidos, a Tabela 1 mostra que o Sudeste tem a maior concentração com 34, seguida do Nordeste com 12, o Sul com oito cursos, a região Norte com seis e o Centro-Oeste com três cursos sendo oferecidos.

Tabela 1 – Características dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil

IES	CH	TEMPO DE INTEGRALIDADE	TIPO DE IES	UNIVERSIDADE OU FACULDADE	Nº DE VAGAS POR ANO	TURNO OFERECIDO	REGIÃO
C1	3200 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Integral	NORDESTE
C2	3750 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Matutino	SUDESTE
C3	3200 horas	7 semestres	Privada	Faculdade	50	Integral	NORDESTE
C4	3510 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Noturno	NORTE
C5	4000 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	37	Matutino	SUDESTE
C6	3750 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Matutino	NORDESTE
C7	3957 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Matutino	SUDESTE
C8	3744 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Matutino	SUDESTE
C9	3460 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Noturno	SUDESTE
C10	3224 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Matutino	SUDESTE
C11	3900 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	38	Noturno	SUDESTE
C12	3636 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Noturno	SUL
C13	3360 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Noturno	SUDESTE
C14	3760 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Noturno	NORTE
C15	3840 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Matutino	SUDESTE
C16	4008 horas	10 semestres	Privada	Faculdade	60	Matutino	NORDESTE
C17	3132 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	50	Noturno	SUL
C18	3780 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Noturno	CENTRO OESTE
C19	3528 horas	9 semestres	Privada	Faculdade	50	Noturno	SUDESTE
C20	4023 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	30	Integral	SUDESTE
C21	3582 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	40	Noturno	SUL
C22	3780 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	55	Matutino	CENTRO OESTE
C23	4063 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	90	Matutino	SUDESTE
C24	3600 horas	8 semestres	Privada	Faculdade	60	Matutino	SUDESTE
C25	3795 horas	10 semestres	Pública	Universidade Estadual	40	Integral	NORTE
C26	3825 horas	10 semestres	Pública	Universidade Federal	62	Matutino	SUDESTE
C27	3210 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	66	Matutino	SUDESTE
C28	4050 horas	10 semestres	Pública	Universidade Federal	30	Matutino	NORTE
C29	3450 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	60	Matutino	NORDESTE
C30	3555 horas	9 semestres	Pública	Universidade Federal	15	Matutino	NORDESTE
C31	3415 horas	10 semestres	Pública	Universidade Federal	40	Integral	SUL
C32	3915 horas	9 semestres	Pública	Universidade Federal	60	Integral	SUL
C33	3200 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	60	Noturno	SUDESTE

(Continua)

(Continuação)

IES	CH	TEMPO DE INTEGRALIDADE	TIPO DE IES	UNIVERSIDADE OU FACULDADE	Nº DE VAGAS POR ANO	TURNO OFERECIDO	REGIÃO
C34	4305 horas	10 semestres	Pública	Universidade Federal	50	Integral	NORDESTE
C35	4300 horas	10 semestres	Pública	Universidade Federal	40	Integral	SUDESTE
C36	4090 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	30	Matutino	SUL
C37	3830 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	60	Integral	SUDESTE
C38	3980 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	50	Matutino	NORTE
C39	4000 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	100	Integral	CENTRO OESTE
C40	4244 horas	10 semestres	Pública	Universidade Estadual	40	Matutino	NORDESTE
C41	4125 horas	8 semestres	Pública	Universidade Estadual	40	Integral	SUDESTE
C42	3460 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	20	Noturno	SUDESTE
C43	3960 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	80	Noturno	SUDESTE
C44	3300 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	90	Noturno	SUDESTE
C45	3720 horas	10 semestres	Privada	Universidade Privada	50	Matutino	NORDESTE
C46	3200 horas	7 semestres	Privada	Universidade Privada	50	Matutino	SUDESTE
C47	4420 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	40	Integral	NORDESTE
C48	3600 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	50	Noturno	SUDESTE
C49	3780 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	40	Matutino	SUDESTE
C50	3435 horas	9 semestres	Privada	Universidade Privada	40	Noturno	NORDESTE
C51	3200 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	60	Noturno	SUL
C52	3200 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	50	Noturno	SUDESTE
C53	3810 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	30	Matutino	NORTE
C54	3840 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	43	Noturno	SUL
C55	3600 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	80	Matutino	SUDESTE
C56	4330 horas	10 semestres	Privada	Universidade Privada	64	Integral	SUDESTE
C57	3239 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	60	Matutino	SUDESTE
C58	3200 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	50	Matutino	SUDESTE
C59	3200 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	80	Noturno	SUDESTE

(Continua)

(Continuação)

IES	CH	TEMPO DE INTEGRALIDADE	TIPO DE IES	UNIVERSIDADE OU FACULDADE	Nº DE VAGAS POR ANO	TURNO OFERECIDO	REGIÃO
C60	3840 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	40	Vespertino	SUDESTE
C61	3204 horas	8 semestres	Privada	Universidade Privada	30	Matutino	NORDESTE
C62	3870 horas	10 semestres	Pública	Universidade Federal	40	Vespertino e Noturno	SUDESTE
C63	3930 horas	8 semestres	Pública	Universidade Federal	25	Integral	SUDESTE

Fonte: Ministério da Educação - Sistema e-MEC – 2013.

As informações encontradas na Tabela 2 mostram que segundo o sistema e-MEC, existem vários cursos com Conceito de Curso (CC) e Conceito Preliminar do Curso (CPC) não avaliados. Dos 63 cursos de Terapia Ocupacional em atividade no país, 28 não possuem o CC avaliados, a maioria, 19 cursos, apresentam o conceito 3 na avaliação e a minoria, três cursos, obtiveram nota 5 no CC. Quanto ao CPC, o conceito 3 aparece no maior número dos cursos, totalizando 13 e o conceito 5 foi obtido pela minoria, dois dos cursos. Em relação ao CPC, não foram avaliados 17 cursos, e aqueles que aparecem sem conceito (S/C) totalizam 21.

Em relação à nota do ENADE, foi encontrado no sistema e-MEC 17 cursos de graduação em Terapia Ocupacional ainda sem avaliação, 10 sem conceito (S/C) e 36 avaliados. Os cursos com o conceito 5, definido pelo MEC como mais alto, somam-se três no país e com o conceito 1, o mais baixo, foram encontrados quatro cursos.

A Tabela 2 evidencia também que dos 63 cursos, apenas 21 PPCs são acessíveis pelos sites das IES ou no site de pesquisa Google. Desses, um foi excluído por ser datado em 2001 e para a pesquisa foram considerados 20 PPCs criados ou reformulados entre os anos de 2003 a 2013. Para facilitar a leitura, foram retirados da tabela os cursos que não tinham CC, CPC, ENADE e que não tivesse sido encontrado o PPC.

Após a análise dos documentos, foram encontrados sete cursos que contemplavam a CIF na referência bibliográfica do PPC, nas descrições das ementas, na referência bibliográfica básica ou no referencial complementar das disciplinas.

Tabela 2: Conceitos dos cursos e características dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) de Terapia Ocupacional no Brasil

IES	CC	CPC	ENADE	PPC*	ANO	CIF NO PPC	CIF EM REF. BIBLIOG. DO PPC	CIF NAS EMENTAS	CIF EM REF. BÁSICA NA (S) DISCIPLINA (S)	CIF EM REF. COMP. NA(S) DISCIPLINA(S)
C1	3	2	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C2	3	SC	2	NÃO	-	-	-	-	-	-
C3	3	SC	2	NÃO	-	-	-	-	-	-
C4	5	SC	SC	NÃO	-	-	-	-	-	-
C5	3	SC	1	NÃO	-	-	-	-	-	-
C8	3	SC	2	NÃO	-	-	-	-	-	-
C9	4	SC	SC	NÃO	-	-	-	-	-	-
C10	3	SC	SC	NÃO	-	-	-	-	-	-
C11	3	3	4	SIM	2012	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
C12	3	2	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C13	3	2	1	NÃO	-	-	-	-	-	-
C15	-	3	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C19	-	3	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C20	4	SC	SC	SIM	2012	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
C21	4	3	3	SIM	2013	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C22	3	SC	2	SIM	2000	-	-	-	-	-
C23	3	SC	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C24	4	3	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C25	-	3	4	NÃO	-	-	-	-	-	-
C26	-	SC	SC	SIM	2007	NÃO	NÃO	NÃO	-	-
C27	3	3	2	SIM	2009	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
C28	-	-	-	SIM	2008	NÃO	NÃO	NÃO	-	-
C29	-	-	-	SIM	2013	NÃO	NÃO	NÃO	-	-
C30	3	2	1	SIM	2008	SIM	NÃO	NÃO	-	-
C32	5	5	5	NÃO	-	-	-	-	-	-
C33	-	SC	SC	NÃO	-	-	-	-	-	-
C35	4	5	5	SIM	2007	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C36	-	SC	SC	SIM	2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C37	5	4	5	SIM	2009	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
C38	4	SC	SC	SIM	2008	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C39	-	SC	SC	SIM	2009	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
C40	-	3	3	SIM	2008	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C41	-	4	4	SIM	2003	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C42	3	SC	4	NÃO	-	-	-	-	-	-
C43	4	3	2	NÃO	-	-	-	-	-	-
C45	4	SC	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C46	3	3	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C47	4	4	4	SIM	2011	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C48	-	-	-	NÃO	-	-	-	-	-	-
C49	3	3	3	NÃO	-	-	-	-	-	-

(Continua)

(Continuação)

IES	CC	CPC	ENADE	PPC*	ANO	CIF NO PPC	CIF EM REF. BIBLIOG. DO PPC	CIF NAS EMENTAS	CIF EM REF. BÁSICA NA (S) DISCIPLINA (S)	CIF EM REF. COMP. NA(S) DISCIPLINA(S)
C50	4	3	3	SIM	2012	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C53	-	SC	2	NÃO	-	-	-	-	-	-
C54	3	2	2	SIM	2009	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C55	4	3	4	NÃO	-	-	-	-	-	-
C56	4	SC	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C59	3	SC	SC	NÃO	-	-	-	-	-	-
C60	4	2	2	SIM	2012	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C61	3	4	3	NÃO	-	-	-	-	-	-
C62	-	-	-	SIM	2005	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Fonte: Ministério da Educação - banco de dados e-MEC do Ministério da Educação – 2013 e PPC* encontrado em sites de IES

e de pesquisa

A Tabela 3 evidencia os cursos que mencionam a CIF e quais as formas em que a classificação é utilizada durante a formação nesses cursos. Verificou-se que entre os oito cursos, a CIF somente é utilizada como ferramenta clínica em três cursos (C27, C37 e C60) e como ferramenta pedagógica em um curso (C39). Como parte da análise, serão selecionadas e destacadas partes dos PPCs que caracterizem a utilização da CIF.

Verificou-se que um curso (C11) recomenda a CIF na referência bibliográfica básica do estágio em “Internato de Saúde Coletiva” com 300 h/a, cuja ementa descreve a disciplina da seguinte forma:

“Desenvolvimento de competências e conhecimentos necessários para intervenção terapêutica ocupacional adequada à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em municípios do Estado, de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF) e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); realização de ações de prevenção de doenças e agravos à saúde, promoção da saúde, recuperação da saúde e reabilitação; busca de compreensão do processo saúde-doença, seus determinantes e condicionantes; realização de levantamentos epidemiológicos para contribuição ao planejamento da atenção à saúde; participação em ações de mobilização da comunidade e de educação em saúde; desenvolvimento de ações básicas em saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso”.

Outro curso (C20) recomenda na referência bibliográfica complementar da disciplina “Fundamentos da Terapia Ocupacional” com 27 h/a, cuja ementa descreve a disciplina da seguinte forma:

“Estudo e reflexão crítica sobre os Fundamentos da Terapia Ocupacional”.

Um dos PPCs (C21) cita a CIF em seu conteúdo:

“Outro documento de considerável influência é a Classificação Internacional de Função, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS) 2001, sistema que estabelece como repercute o estado de saúde das pessoas, nos aspectos pessoal e social, sobre sua participação em todas as áreas da vida. Na perspectiva da CIF, o foco da Terapia Ocupacional pode ser resumido como: a relação entre a saúde e o bem estar e a participação das pessoas em seu auto cuidado e atividades domésticas, interação e relações interpessoais, nas principais áreas de desempenho, incluindo educação, trabalho e tempo livre e ocupações comunitárias, sociais e cívicas e os fatores ambientais que atuam como barreiras obstaculizadoras ou facilitam a participação nas ocupações”.

O curso C30 contempla a CIF em três momentos:

1. Cita a CIF no conteúdo do PPC como um “Eixo Conceitual” da profissão adotado no Curso:

“Ressalta-se que esse eixo conceitual está em consonância com a atual perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 2000, aprovou um modelo de classificação revisado, denominado Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Este modelo reflete a mudança de uma abordagem baseada na doença para o predomínio da análise do desempenho funcional como um componente da saúde, criando uma linguagem comum e facilitando a comunicação

entre os diferentes profissionais da saúde. Este eixo inovará a formação profissional do terapeuta ocupacional da universidade, pois implicará no deslocamento da formação centrada na patologia e na incapacidade para a busca da qualidade de vida e independência dos sujeitos no seu cotidiano, no que se refere às atividades de vida diária, trabalho/atividades produtivas, lazer, brincar, indo ao encontro das tendências teórico-práticas da formação do terapeuta ocupacional da atualidade”.

2. Cita a CIF na ementa da disciplina “Introdução ao Estudo da Saúde” com 45h/a:

“Percurso histórico das políticas públicas e sociais no Brasil até a atualidade. Legislação referente às pessoas com deficiência, em situações de risco, crianças e adolescentes, idoso, trabalhadores. Inserção do terapeuta ocupacional na saúde pública. Apresentação da família de Classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS): Classificação Internacional de Doenças e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.

3. Recomenda a CIF nas referências bibliográficas do PPC.

Outro curso cita a CIF no conteúdo do PPC como um “marco teórico”:

“Proposta pela OMS em 2003, a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresenta-se como um modelo de análise das consequências funcionais das doenças ou lesões e suas implicações na vida das pessoas, em três níveis de complexidade:

- *Estrutura e função do corpo: limitação dos órgãos e sistemas do indivíduo (deficiências);*
- *Atividades: limitação no desempenho de atividades do seu cotidiano (incapacidade);*
- *Participação: restrições no ambiente e suas consequências sociais (desvantagens)”.*

Um curso (C37) recomenda a CIF nas referências bibliográficas de três disciplinas:

1. Referência básica da disciplina “Intervenções em Terapia Ocupacional: Infância e Adolescência II” com 90h/a cuja ementa descreve a disciplina da seguinte forma: *“Estudo das intervenções terapêuticas ocupacionais junto a crianças e adolescentes nas diferentes ações de recuperação e reabilitação das deficiências específicas, adoecimento psíquico infantil, atrasos no desenvolvimento, distúrbio de aprendizagem, dentre outros; Ações no contexto hospitalar (UTI neonatal, enfermagem de pediatria, isolamento); nos processos de inclusão social e escolar e nos serviços de atenção ao menor infrator”.*
2. Referência básica do “Estágio Supervisionado III” com 205 h/a prática, cuja ementa descreve a disciplina da seguinte forma: *“Atuação terapêutica ocupacional, supervisionada por profissional contemplando a recuperação e/ou reabilitação, em instituições que atendam crianças ou adolescentes”.*
3. Referência complementar do “Estágio em Infância e Adolescência II: recuperação e reabilitação” com 60h/a prática, cuja ementa descreve a disciplina da seguinte forma: *“Contribuição com o trabalho desenvolvido pelos terapeutas ocupacionais e/ou estagiários do último ano do curso, em ações de recuperação e reabilitação, nas diferentes instituições que atendem crianças e adolescentes, contemplando as diversas áreas de atuação profissional”.*

O curso C39 recomenda a CIF na referência bibliográfica básica da disciplina “Ocupação e Saúde” com 30 h/a, cuja ementa descreve a disciplina da seguinte forma:

“Descrever a saúde não somente definida pela ausência de doença, mas sim pelos componentes relacionados à saúde e ao bem estar que contextualizada o processo saúde-doença em uma abordagem ampliada de saúde. Discute o conceito de ocupação como um destes componentes relacionados à saúde e estabelece padronização e unificação da linguagem para descrever ocupação para o ser humano em cada ciclo da vida. Apresenta modelos de funcionalidade e incapacidade de maneira a identificar o papel do terapeuta ocupacional em todos os níveis de atenção à saúde garantindo atividade e participação individual ou coletiva. Também capacita na utilização de classificações internacionais”.

E o último curso (C60) cita a CIF no conteúdo do PPC como “Referências Contextuais” adotado no Curso:

“O papel do terapeuta ocupacional, nesse cenário, revela-se muito importante, na medida em que, com suas intervenções, estará contribuindo para a promoção da saúde, desenvolvimento, tratamento e recuperação de indivíduos ou grupos que precisam de cuidados físicos, sensoriais, perceptivos, emocionais e/ou sociais, com vistas à sua integração social. A sua atuação, pautada pelo modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Classificação Internacional de Funcionalidade, enfatiza os componentes de saúde, não se restringindo às causas da doença. Há uma inserção de componentes nos níveis de sistema, pessoal e de interação pessoa-ambiente. Com esse entendimento, alinha-se o Curso à Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que prevê intervenções no fazer humano e na observação dos desempenhos sensório-motor, cognitivo, e psicossocial; aos normativos do Ministério da Saúde; ao Conselho Federal de Terapia Ocupacional”.

Tabela 3 – Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde nos cursos de Terapia Ocupacional.

CURSOS	FERRAMENTA ESTATÍSTICA	FERRAMENTA DE INVESTIGAÇÃO	FERRAMENTA CLÍNICA	FERRAMENTA DE POLÍTICA SOCIAL	FERRAMENTA PEDAGÓGICA
C11	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C20	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C21	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C27	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
C30	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
C37	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
C39	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
C60	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

Fonte: PPCs encontrados em sites de IES e de pesquisa

Seguindo os pressupostos teóricos que deram origem à abordagem biopsicossocial, a OMS (2003) afirma que, se o objetivo é descrever uma experiência de saúde na sua totalidade, todos os componentes são úteis. Desta forma, para serem considerados como cursos que seguem o modelo biopsicossocial, característico da CIF, os PPCs teriam que contemplar os três eixos: fatores biológicos, individuais e sociais. Assim, a Tabela 4 mostra que em apenas sete PPCs o modelo biopsicossocial é evidenciado.

Tabela 4 - Modelo biopsicossocial nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional

CURSOS	FATORES BIOLÓGICOS	FATORES INDIVIDUAIS	FATORES SOCIAIS
C11	SIM	NÃO	SIM
C20	SIM	SIM	SIM
C21	SIM	SIM	SIM
C26	SIM	NÃO	SIM
C27	SIM	SIM	SIM
C28	SIM	NÃO	SIM
C29	SIM	SIM	SIM
C30	SIM	SIM	SIM
C35	SIM	NÃO	SIM
C36	SIM	NÃO	SIM
C37	SIM	NÃO	SIM
C38	SIM	NÃO	SIM
C39	SIM	SIM	SIM
C40	SIM	NÃO	SIM
C41	SIM	NÃO	SIM
C47	SIM	NÃO	SIM
C50	SIM	NÃO	SIM
C54	SIM	NÃO	SIM
C60	SIM	SIM	SIM
C62	SIM	NÃO	SIM

Fonte: PPCs encontrados em sites de IES e de pesquisa

Após análise dos 20 PPCs, foi verificado que em todos os documentos os fatores biológicos e sociais foram referidos, diferentemente dos fatores individuais encontrados apenas em sete. Considerando que esse é o fator diferenciador, como parte da análise serão reescritas partes dos PPCs que evidenciam o modelo da CIF:

Destaca-se como os objetivos específicos no C20:

1) *“Proporcionar uma visão ampliada das atividades humanas, identificando-as e distinguindo-as em suas funções, em seus modos de operar e de fazer sentidos para os diferentes sujeitos e culturas”.*

2) *“Desenvolver a capacidade de analisar, prescrever, indicar, orientar os tipos de atividades necessárias a um determinado sujeito e/ou grupo social”.*

No item “Concepção de curso” do C21 destacam-se:

“Referência regional e nacional na formação e produção científica de qualidade, capacita profissionais terapeutas ocupacionais na perspectiva da interdisciplinaridade, para a ação crítica e reflexiva sobre as necessidades e demandas dos coletivos e das políticas sociais, promove e desenvolve a qualidade de vida dos cidadãos pela participação em ocupações no aspecto individual e coletivo”.

No item “Eixo conceitual da profissão adotada pelo curso” no C27 destaca-se:

“O perfil do terapeuta ocupacional adotado incorpora os construtos teóricos e práticos que guiam a Terapia Ocupacional com o foco na relação do indivíduo com a ocupação em diferentes contextos. A profissão pressupõe um processo de intervenção que facilite o envolvimento do indivíduo na ocupação, visando sua autonomia e participação social. Reconhece que a saúde é apoiada e mantida quando os indivíduos são capazes de se envolverem em ocupações que permitam uma participação desejada ou necessária em casa, na escola, no local de trabalho, e nas situações da vida em comunidade, avaliando o impacto das condições de saúde na atividade e participação social do indivíduo”.

No “Perfil do profissional” deste mesmo curso (C27) destaca-se:

“Intervir de acordo com a singularidade de cada caso”

E no item “Competências e Habilidades Específicas” destacam-se:

“Compreender o significado cultural, econômico e social da ocupação para cada indivíduo”.

Na “Justificativa” do PPC do curso C29, pode-se destacar:

“A base de suas ações compreende abordagens e/ou condutas fundamentadas em critérios avaliativos com eixo referencial pessoal, familiar, coletivo e social, coordenadas de acordo com o processo terapêutico implementado”.

Neste mesmo curso (C29) o PPC destaca o modelo biopsicossocial como enfoque, no “Objetivo Geral”:

“A Terapia Ocupacional prevê ações nas esferas promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde, com ênfase no enfoque biopsicossocial, voltado ao atendimento de uma clientela cujas atividades de vida encontram-se prejudicadas por disfunções orgânicas, psicológicas e/ou sociais”.

No item “Campo de atuação do profissional como meio de viabilizar a articulação entre o mundo do trabalho e o mundo acadêmico” do curso C30, destaca-se:

“Um Terapeuta Ocupacional que entenda o homem como ser integral e por isso o trate como tal. Onde a abordagem à sua saúde respeite os seus limites e invista nas suas possibilidades de acordo com sua condição cultural de modo universal, integral e equânime”.

No item “Concepção do Curso” do C39 destacam-se:

“O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional estrutura-se para responder às necessidades de formação, em nível de graduação, de profissional em saúde capacitado para atuar em todos os níveis de atenção com visão ampla e global da funcionalidade humana e da interação harmônica dos contextos de vida social, com atenção ao cuidado individual e coletivo usando a atividade humana como instrumento terapêutico de atuação, próprio dos atos privativos legais dessa profissão”.

Ainda referente ao mesmo curso (C39), nos “Objetivos do curso” pode-se destacar: *“Desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde individual e coletiva”.*

O curso que mais apresentou características do modelo biopsicossocial no PPC foi o C60, em oito itens do documento. Os destaques seguem enumerados:

1. Na “Apresentação” do PPC, destaca-se:

“O presente Projeto constitui o principal instrumento da gestão acadêmica do Bacharelado em Terapia Ocupacional, cujas características essenciais estão centradas na formação de um terapeuta ocupacional capaz de influenciar, de forma positiva, nas condições de saúde da população, nos campos da prevenção, promoção e proteção da saúde individual e coletiva”.

2. No item “Formação em Saúde no Cenário Institucional” pode ser destacado:

“A perspectiva delineada para o Centro é fortalecer a formação de um profissional capaz de desenvolver ações humanizadas, éticas e resolutivas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, individual ou em grupo, considerando as demandas institucionais e da comunidade”.

3. No item “Referências Contextuais” destaca-se:

“Em síntese, a formação de terapeutas ocupacionais generalistas, cuja futura atuação, direcionada por uma postura ética, competente, humanizada e de respeito à diversidade, deverá resultar em aperfeiçoamento dos serviços de saúde públicos e privados e em melhorias na qualidade de vida das pessoas, consideradas individual e coletivamente”.

4. Na “Concepção do Curso” destacam-se três parágrafos:

a) *“É desenvolvido a partir da compreensão de que o terapeuta ocupacional é um profissional da saúde que, entendendo o homem como ser holístico e em constante transformação, e reconhecendo no processo saúde-doença a influência dos fatores econômicos, sociais, culturais e educacionais, deve realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, com base em evidências científicas”.*

b) *“Os alunos vivenciam atividades educativas, preventivas e de mobilização social, centradas na superação dos agravos, integrando-se a programas de saúde pública. Isso é efetivado em consonância com a Classificação Internacional de Funcionalidade, da Organização Mundial de Saúde, que aponta a atividade humana como elemento facilitador do processo saúde-doença, considerando os contextos dos sistemas, do individual e da relação pessoa-ambiente”.*

c) *“Nessa vertente, professores e alunos, centrados nas referências terapêuticas ocupacionais, desenvolvem ações de intervenção individual e/ou em grupo em espaços da Universidade ou em instituições externas, buscando a autonomia e independência de indivíduos e grupos, e consequente qualidade de vida das pessoas, do seu ambiente e da família, mediante atividades expressivas, lúdicas, da vida diária, artesanais, de automanutenção, psicopedagógicas, profissionalizantes, entre outras, considerando os aspectos anátomo-fisiológicos, cinesiológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos”.*

6. No “Objetivo Geral” do PPC destaca-se:

“Formar o profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a exercer suas atividades com ética e rigor científico, considerando o contexto econômico, político, social e cultural e o sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência, e promovendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, e de inclusão social, em nível individual e coletivo, com enfoque nas áreas de autocuidado, trabalho e lazer, coerentemente com a realidade epidemiológica da região, com vistas à integralidade do atendimento em Terapia Ocupacional”.

7. Nos “Objetivos Específicos” do PPC destaca-se:

“Contribuir para a promoção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva, especialmente no que se refere ao campo clínico-terapêutico e preventivo, considerando a realidade econômica, política, social e cultural do país e da região”.

8. Nas “Competências e Habilidades” do curso, destaca-se:

a) *“Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, com prioridade no ser humano numa visão holística”*

b) *“Analisar as necessidades da sociedade onde está inserido com base no rigor científico e intelectual, buscando as melhores formas de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”.*

c) *“Reconhecer a saúde como um direito de todo e qualquer cidadão, oferecendo assistência integralizada e ações preventivas e curativas individual e coletivamente”.*

d) *“Conhecer, experimentar, analisar e avaliar os diferentes tipos de atividade e trabalhos humanos, tais como lúdicas, artísticas, corporais, cotidianas, de lazer, sociais e culturais, na perspectiva grupal ou individual, considerando o seu impacto sobre o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo”.*

CAPÍTULO 7

Discussão

Os resultados da pesquisa revelam o número de cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, quais características como a carga horária, tempo de integralidade, tipo de IES, números de vagas oferecidas por ano, turnos oferecidos e região.

Considerando que as DCNs estabelecidas em 2002 orientam a formação do terapeuta ocupacional e fundamentam os projetos pedagógicos das IES, os resultados obtidos neste estudo estão alinhados com as diretrizes, verificando-se em quais aspectos essas mudanças e inovações estão ocorrendo no país.

A necessidade de mudança na educação dos profissionais de saúde é reconhecida internacionalmente, diante à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde (Cyrino & Toratelles-Pereira, 2004). Dentre os desafios desse processo de mudança, estão a dificuldade em romper com modelos de ensino tradicional e a postura de transmissão de informações para formar profissionais com competências para lidar com as relações humanas no cuidado à saúde (Barba, 2012)

A pesquisa aponta que a média das cargas horárias dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional é de 3.691 horas, superando o mínimo de horas estabelecido pelas DCN, que é 3.200, porém foi encontrado um curso (C17) com a carga horária inferior à mínima, com 3.132 horas. Entre os cursos com carga horária mínima (3.200 horas) foram evidenciados que três são oferecidos em faculdades privadas, cinco em universidades privadas e um em universidade pública, sendo a maioria deles no período noturno. O documento desenvolvido pelo Ministério da Educação sobre padrão mínimo dos cursos Terapia Ocupacional (Anexo G) que diz respeito à manutenção das condições pedagógicas e de qualidade para a formação de profissionais, determina que as práticas terapêuticas dos cursos noturnos sejam desenvolvidas no período diurno.

Vianna, Aydos e Siqueira (1997) relata em seu estudo que a criação de cursos noturnos é considerada como uma alternativa para gerar uma procura maior nos vestibulares por ser uma opção viável de curso universitário para o aluno trabalhador e também mostra que estudos realizados no estado de São Paulo sobre os cursos noturnos apontam que os problemas mais encontrados pelos alunos deste período são o cansaço causado pelo trabalho diário, a má alimentação, falta de tempo para estudar, currículos inadequados e falta de apoio administrativo. Considerando estas informações, o curso no período noturno que oferece a carga horária total mínima pode apontar para uma qualidade de ensino

prejudicada, mediante a pouca disponibilidade de horário e o cansaço dos alunos por trabalharem em outros turnos.

Diferentemente dos cursos em um só turno, a graduação em Terapia Ocupacional oferecida em período integral requer maior disponibilidade de tempo do aluno, e no Brasil são 14 cursos em tempo integral e sua maioria (71,43%) são oferecidos em universidades públicas.

Quanto ao tempo de integralização, 73% dos cursos de Terapia Ocupacional tem duração de oito semestres e a minoria de nove semestres. É importante apontar que 70% dos cursos com o maior tempo de integralização, dez semestres, são oferecidos em IES públicas.

Em conformidade às informações encontradas no artigo de Haddad et al (2009) de que o ensino superior no Brasil é predominantemente privado (entre 70% e 80%), o presente estudo aponta que o maior número de cursos de Terapia Ocupacional, 69,85%, são em universidades privadas e 30,15% em públicas. Em discordância com o apresentado neste estudo e com os dados do Brasil, Vaidergorn (2001), afirma que pesquisa da Unesco da década de 1990 indica que os EUA possuíam 8.519.457 alunos de graduação, sendo 72,4% deles estudando em universidades públicas. A França contava com 2.150.000 alunos, 92,2% frequentando escolas públicas; a Inglaterra possuía 822.000 alunos, 99,9% em escolas custeadas pelo Estado. A Argentina, com 677.000 alunos, tinha 90% deles em escolas públicas. Já o Brasil, com 1.661.034 alunos, oferecia apenas 41,6% das vagas em escolas públicas (21,9% Federais, 14% Estaduais e 5,7% municipais).

Segundo Haddad et al (2009), entre os anos de 1991 e 2008 houve um aumento de 458% no número de cursos abertos da área de saúde em IES públicas e privadas, estimulado pela política expansionista do governo. Na pesquisa realizada por Lopes, Malfitano, Oliver, Sfair e Medeiros (2010) entre os anos de 2008 e 2010 houve uma expansão do ensino de graduação em Terapia Ocupacional em Instituições de Ensino Superior, notadamente em universidades públicas vinculadas ao Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais –REUNI, que criou cursos de graduação em diferentes locais do país com objetivo de equilibrar a distribuição do número desses em todas as regiões, entretanto, os dados deste estudo mostram que tal fato ainda não é uma realidade.

A publicação dos referenciais curriculares nacionais dos cursos de bacharelado e licenciatura do Ministério da Educação (Brasil, 2010) revela que a educação superior brasileira encontra-se em situação singular: precisa expandir-se como demanda social, mas tem uma distribuição de oferta desproporcional, cuja expansão poderá comprometer sua função social. A desproporcionalidade da oferta manifesta-se de duas formas: uma grande concentração de vagas em uns poucos cursos, com consequente carência nos demais, e uma extrema pulverização dos cursos pelo país, o que dificulta identificar perfis formativos sintonizados à realidade social e econômica.

Haddad et al (2009) alertam que o aumento dos cursos na área de saúde pode ter reconfigurado o ensino da graduação e o mercado de trabalho trazendo um desequilíbrio entre oferta e demanda, determinado por diferenças regionais tanto para a abertura de vagas para a formação como dos postos de

trabalho. Aponta também para o fato de que a realidade demográfica e epidemiológica vem se modificando e com isso alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde. Este alerta vem corroborar com os dados encontrados nesta pesquisa, uma vez que 53% dos cursos de Terapia Ocupacional estão concentrados na região Sudeste, entre os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. O menor número de cursos está na região Centro-Oeste.

A concentração dos cursos na região Sudeste e o escasso número de cursos oferecidos na região Centro-Oeste podem ser justificados pela diferença do número de habitantes nas regiões, além de contrastes na economia, demandas de emprego e acesso aos serviços de saúde e Universidades. Segundo estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a região Centro-Oeste possui cerca de 14 milhões de habitantes e é a menos populosa do país e a região Sudeste tem sua população contabilizada em cerca de 80 milhões de habitantes, considerada a mais populosa. Pesquisando sobre os dados encontrados e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF o estudo realizado por Ruaro, Ruaro, Souza, Fréz e Guerra (2012) sobre o panorama e o perfil da utilização da CIF no Brasil, revela o fato de que a maioria das pesquisas sobre a CIF concentra-se no Sudeste brasileiro, fato coincidente com o maior número de instituições.

Retomando os estudos de Haddad et al (2009), esse aponta que em países de ampla extensão territorial como o Brasil, a articulação entre os setores Saúde e Educação tem se mostrado um dos fatores a se observar nas políticas de extensão de cobertura, permeando dimensões de disponibilidade e distribuição regional, que podem, de forma secundária, influenciar na fixação dos profissionais em seus postos de trabalho. Esta pesquisa dialoga com os estudos de Haddad et al. (2009) apontando semelhanças ao considerar que a região Sudeste do país forma mais terapeutas ocupacionais, o que pode caracterizar uma grande demanda de profissionais por vagas de emprego.

Em estudos relacionados a IES públicas e privadas, Silva (2001) aponta que o ensino superior público está se desenvolvendo satisfatoriamente em pós-graduação e pesquisa mas, as vagas de graduação além da má distribuição regional, não atendem à demanda da sociedade por vagas em ensino de graduação.

Considerando o número de vagas oferecidas nos cursos de Terapia Ocupacional, o presente estudo confirma os dados de Silva (2001) apontando que as universidades públicas oferecem em média 47,42 vagas e estão em sua maioria (62,42%) na região Sudeste, mostrando assim, má distribuição de vagas em IES públicas nas demais regiões do país.

Quando se relaciona os conceitos de curso (CC) com as regiões onde se tem a maior oferta dos cursos de Terapia Ocupacional, é interessante constatar que os dois cursos que obtiveram os conceitos mais altos pelo MEC estão nas regiões Sul e Norte do país. Isso caracteriza que o conceito da graduação independe de região mais populosa ou mais desenvolvida.

A avaliação educacional, cada vez mais se configura como um campo em expansão no Brasil, considerando-se o crescente interesse em sistematizar a avaliação como meio de monitoramento e

implementação de políticas no ensino superior. Essa avaliação é considerada como prática que possibilita a transparência das realizações institucionais tanto para a comunidade universitária como para a sociedade (Meira & Kurcgant, 2008). Apesar da importância da avaliação educacional, este estudo mostra que o sistema e-MEC, considerado como o sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil, apresenta em seus registros um grande número de IES sem avaliação, principalmente referente ao Conceito de Curso (CC), totalizando 44,44% dos cursos de Terapia Ocupacional em atividade. O indicador de qualidade (CC) resulta da avaliação *in loco*, da avaliação institucional e do ENADE. Os cursos com conceito preliminar de curso (CPC) igual ou maior que 3 podem optar por não receber a visita dos avaliadores. Considerando essas informações e verificando os dados encontrados nesta pesquisa, supõe-se que existem poucas avaliações dos cursos de Terapia Ocupacional *in loco*. Segundo o site do MEC, os avaliadores são professores de IES pública ou particular que se inscrevem e são selecionados para este fim. Diante disso, pode-se inferir que são poucos os avaliadores dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil ou os docentes não se interessam em cadastrar-se como avaliadores.

Quanto ao Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), 26,98% não estão avaliados no sistema e-MEC e como as variáveis utilizadas na composição do Conceito Preliminar de Curso (CPC) são retiradas do ENADE, esse também totaliza 26,98% dos cursos sem conceito.

Segundo o Inep, o Índice Geral de Cursos – IGC, 2011 avaliou 2.136 universidades, faculdades e centros universitários em todo o país. Desse total, 50,6% tiveram conceito 3, considerado satisfatório. Dados divulgados pelo Ministério da Educação mostram ainda que 27% das instituições de ensino superior brasileiras tiveram conceito insuficiente no IGC em 2011.

Este estudo aponta que a maioria dos cursos avaliados em Terapia Ocupacional apresentou a nota 3 no conceito de curso (CC). Essas informações caracterizam que os cursos de Terapia Ocupacional estão dentro da média nacional, considerado como satisfatório. Dentre os que obtiveram 3 no CC, onze estão faculdades privadas, seis em universidades privadas e duas em IES públicas.

O ENADE avalia o rendimento dos alunos dos cursos de graduação, ingressantes e concluintes, em relação aos conteúdos programáticos dos cursos em que estão matriculados. O exame é obrigatório para os alunos selecionados e condição indispensável para a emissão do histórico escolar. A primeira aplicação ocorreu em 2004 e a periodicidade máxima com que cada área do conhecimento é avaliada é trienal (MEC). A pesquisa apontou que em relação ao ENADE, a maioria dos cursos de Terapia Ocupacional obteve a nota 3 confirmando a média da maioria dos cursos de graduação no país que também foram conceituadas com 3(50,6%), considerado satisfatório, em 2011. Segundo dados do INEP, das 2.136 IES avaliadas nesse mesmo ano, apenas 8,9% estão com nota 4, considerado bom, e 1,3% tiveram nota máxima, dados em consonância com os encontrados nesta pesquisa.

O Projeto Pedagógico de Curso (PPC) é um dos documentos que serve de base para análise da avaliação dos cursos pelo MEC e esses documentos devem estar coerentes com as Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN). Este estudo traz à luz elementos do PPC referentes à contemplação da CIF por considerar que em 2001 a OMS recomendou essa classificação para todos os países membros, em 2009 o COFFITO também recomendou sua utilização nas competências da profissão e em 2012 o Ministério da Saúde instituiu a CIF no SUS. Uma vez que as DCNs recomendam o enfoque no Sistema Único de Saúde-SUS, é necessário que a CIF e seu modelo biopsicossocial sejam inseridos nos PPCs dos cursos de Terapia Ocupacional.

Em relação à aplicação da CIF nos PPCs, a pesquisa evidencia que os cursos que contemplam a classificação da OMS são apenas sete, considerando que esta análise foi realizada no universo de 20 PPCs disponíveis, 35% dos PPCs aderem ao uso da CIF em seu conteúdo. Apesar de parecer muito pouco, este dado segue uma tendência mundial segundo a pesquisa Wiegand, Belting, Gutenbrunner e Reinhardt (2013) que indica um crescimento de publicações sobre a CIF entre os anos de 2001 e 2010, principalmente referente a utilização da classificação em contextos clínicos de reabilitação. O maior número de publicação nesses contextos está de acordo com este estudo na medida em que aponta que a CIF, quando contemplada nos cursos de Terapia Ocupacional, é utilizada como ferramenta clínica.

Outro fator que colabora com a escassez da prática da CIF e também pode justificar a inserção dessa classificação em poucos PPCs, é a dificuldade em sua aplicação devido a sua complexidade e a forma de organização dos códigos. As limitações na aplicabilidade da CIF por profissionais de saúde é um ponto destacado em pesquisas, como a de Sabino, Celho e Sampaio (2008), mostrando que a dificuldade de seleção dos códigos dentre a grande quantidade existente e a possibilidade de utilização de mais de um código para classificar algumas categorias dos componentes atividades/participação, são fatores limitantes para o uso da CIF.

A pesquisa realizada na Espanha por Reed et al (2008) aponta também a dificuldade em ensinar a CIF nos cursos de graduação e mostra ainda que existe uma falta de descrições sistemáticas na literatura sobre as melhores maneiras de ensinar os profissionais de saúde e os alunos a usar tal classificação. O estudo de Reed et al. (2008) relata que o treinamento do uso da CIF por alunos de Terapia Ocupacional é eficaz tanto no formato de aprendizagem com instrutor em sala de aula quanto no formato auto-dirigida, no entanto, o formato de aula resultou ser mais significativo em termos de aprendizagem na habilidade de codificação real. Entretanto, segundo Cieza et al. 2004, a utilização e difusão de um sistema de classificação como a CIF depende de sua aceitação pelos profissionais de saúde e de características como praticidade e facilidade de aplicação.

Em um estudo sobre a padronização de avaliações dos acadêmicos de fisioterapia na prática clínica, Andrade (2010) relaciona as competências e habilidades estabelecidas pela DCN dos cursos de graduação em Fisioterapia e as categorias da CIF. O resultado mostra que a ligação entre a CIF e as DCN oferece a fundamentação para orientar o conteúdo da avaliação dos acadêmicos conforme as exigências do MEC e a abordagem biopsicossocial preconizada pela OMS.

Ainda sobre estudos na graduação, Jelsma e Scott (2011), apontam que a CIF aumenta o raciocínio clínico dos acadêmicos ao demonstrar as relações que existem entre limitações de atividade e restrições de participação, além de analisar os problemas dos indivíduos relacionando-os aos fatores ambientais e fatores pessoais. Uma vez que isso tenha sido alcançado, os alunos são capazes de planejar intervenções de tratamento adequadas de forma a considerar o indivíduo em sua totalidade, ou seja, de forma biopsicossocial.

A abordagem biopsicossocial busca integrar a investigação sociológica com a ciência biológica como uma base para desenvolver um entendimento relacional do corpo. No caso específico da funcionalidade humana, essa abordagem rejeita a tentativa de separação dos componentes biológico, psicológico e social (Imrie, 2004).

A CIF propõe a operacionalização do enfoque biopsicossocial através da adoção de um modelo multidimensional de funcionalidade e incapacidade, porém, conforme dados evidenciados nesta pesquisa, este fato ainda não é uma prática comum nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional, apesar de a profissão ser definida pela *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) como “um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social”.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b), a aprovação das DCN foi uma tentativa de romper com o paradigma biologicista, medicalizante e hospitalocêntrico o procedimento-centrado ainda hegemônico, para atender aos novos desafios da contemporaneidade, na produção de conhecimentos e na produção das profissões, porém, não é a realidade atual. Essas informações se confirmam com a pesquisa de Andrade (2010) sobre o modelo biopsicossocial no estágio acadêmico, quando evidencia a necessidade de rompimento do paradigma biomédico tradicional durante o processo de formação.

Na análise feita por esta pesquisa, foi certificado que a maioria dos PPCs apresenta o intuito de superar os paradigmas reducionistas, concedendo enfoque na atenção primária de saúde e no SUS, como é recomendado pelas DCNs e pelo Ministério da Saúde. Esta informação se confirma pelo número total de PPCs (20) apresentarem os fatores biológicos e sociais, porém, somente sete apresentam também fatores individuais, caracterizando assim, o modelo biopsicossocial. Comparando os dados, percebe-se que esse modelo é o mais aludido nos cursos de Terapia Ocupacional das IES públicas caracterizando desta forma uma consonância entre essas Universidades e as DCNs, assim como a atualização dos PPCs com as recomendações da OMS.

CAPÍTULO 8

Considerações Finais

Considerando as informações obtidas nos resultados, este estudo indica que apesar do estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002 preconizando que o terapeuta ocupacional tenha uma formação generalista; além das recomendações do COFFITO, em incluir a CIF na atuação profissional, da OMS e atualmente do SUS para a implementação do modelo de saúde biopsicossocial da CIF no país, ainda é escassa a aplicabilidade deste novo conceito em saúde para nortear a formação dos profissionais em Terapia Ocupacional.

Para que a CIF e o modelo biopsicossocial sejam praticados pelos terapeutas ocupacionais, é necessário que os cursos de graduação apresentem propostas equivalentes ao novo modelo de saúde da CIF no processo formativo por meio do ensino desta classificação na prática aos alunos em sala de aula e nos estágios.

Outro ponto que deve ser destacado na pesquisa é em relação aos desequilíbrios regionais nos cursos de Terapia Ocupacional. É importante que haja o incentivo tanto de abertura de vagas quanto da criação de postos de trabalho nas regiões menos populosas para uma melhor distribuição de serviços no país. Ainda referente ao desequilíbrio, essa pesquisa aponta um número muito superior de IES públicas no Sudeste em relação às outras regiões com menor oferta do referido curso, para uma melhor distribuição de serviços no país.

É necessária a otimização do projeto de expansão do ensino público, distribuindo vagas em regiões desprovidas da graduação em Terapia Ocupacional. Porém, é imprescindível que mais pesquisas nas áreas de ensino na saúde sejam publicadas para fundamentar a abertura de cursos.

Os resultados do estudo sugerem que existem características preconizadas pelas DCNs nos PPCs, porém, grande parte desses documentos ainda possui o perfil biomédico na formação em Terapia Ocupacional.

O recorte feito por esse estudo, com base na análise dos PPCs não esgota as possibilidades de investigação desta temática. Fica evidente a necessidade de estudos investigativos sobre o ensino da CIF e a mudança de paradigma no modelo de saúde, com um número maior de cursos, levando-se em consideração as diferentes percepções dos interessados neste assunto como docentes e pesquisadores. Entretanto, este estudo pode contribuir para o aprimoramento do currículo dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional, uma vez que aponta um panorama de exiguidade na inclusão da CIF na graduação da Terapia Ocupacional, assim como o modelo biopsicossocial.

Para que sejam efetivadas as recomendações da DCN (2002), do COFFITO (2009), da OMS (2003) e do SUS (2012), no sentido de inserir a CIF na graduação e nos serviços de saúde, é preciso repensar as maneiras de estruturar os processos de formação dos profissionais de hoje e do futuro,

devendo ser incorporados estratégias de mudanças de conteúdo, das práticas nos cenários de aprendizagem e nos estágios em serviços.

Conclui-se que a caracterização da qualidade no ensino, e conseqüentemente das ações nos serviços em saúde, não depende só dos avanços tecnológicos, mas também da transmissão de informações na graduação. Para isso, é importante que os PPCs sejam atualizados e os docentes incorporem as mudanças propostas. O conhecimento gera atitude, a atitude gera inovação e a inovação gera melhorias à sociedade.

REFERÊNCIAS

- Andrade, P. M. O. (2010), Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. *Revista Avaliação da Educação Superior*, 15, p. 121-134.
- Barba, P. C. S. D., Silva, R. F., Joaquim, R. H. V. T., & Brito, C. M. D. (2012). Formação Inovadora em Terapia Ocupacional. *Interface*, 16, p. 829-42.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (1977). Conceitos e Definições em Saúde - Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Secretaria Nacional de Ações Básicas, Ministério da Saúde.
- Brasil. (1982). Reformulação do currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Parecer 622/82 - Ministério da Educação e Cultura. Brasília.
- Brasil. (2001). Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1 p.22. Distrito Federal, 2001.
- Brasil. (2003). Direito Sanitário e Saúde Pública - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. *Coletânea de Texto*.
- Brasil. (2008). A formação dos profissionais de saúde em sintonia com o SUS - CONASEMS, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Referenciais curriculares nacionais dos cursos de bacharelado e licenciatura. In Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior: Brasília.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Castaneda, L. R. (2012). Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta epidemiológica. *Fisioter Brasil*, 2, p. 330-335.
- Cavalcanti, A., & Galvão, C. (2007). *Terapia Ocupacional - Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004a). Mudança na graduação das profissões em saúde sob o eixo da integralidade. *Caderno de Saúde Pública*, 20, p.1400-1410
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker L.C.M., F. (2004b). O quadrilátero da formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Revista Saúde Coletiva*, 14, p.41-65
- Cieza, A., Ewert, T., Üstün, B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *Journal Rehab. Med.*, 44, p. 56-62.
- Cyrino, E. G., & Toratelles-Pereira, M. L. (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Caderno de Saúde Pública*, 20, p.780-788.

- Di Nubila, H. B. V., & Buchalla, C. M. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11, p. 780-788
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de incapacidade e saúde da organização mundial de saúde: conceitos, usos e perspectivas *Revista Brasileira de Emidemiologia*, 8, p.187-193
- González, A. D., & Almeida, M. J. (2010). Ativação de Mudanças na Formação Superior em Saúde: Dificuldades e Estratégias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, p. 238–246
- Haddad, A. E. (2006). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991 - 2004*. Brasília: Instituto de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.
- Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2009). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*.
- Hahn, M. S., & Lopes, R. E. (2003). Diretrizes para a formação de terapeutas ocupacionais - percursos e perspectivas, *Revista Pro-Posições*, 14, p.121-139.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health, *Sociology of Health & Illness*, 26, p. 287-305
- Jelsma, J., & Scott, D. (2011). Impact of using the ICF framework as na assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminar study. *Physiotherapy*, 97, p. 47- 54
- Lancman, S. (1998). A influência da capacitação dos terapeutas ocupacionais no processo de constituição da profissão no Brasil. *Caderno de Terapia Ocupacional UFSCAR*, 7, p. 49-57
- Lavanchy, J. (2011). Classificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y su aplicación em rehabilitación. *Revista de Rehabilitación*, 6, p.33-45
- Lopes, D. N., Teixeira, E., Vale, E. G., Cunha, F. S., Xavier, I. M., Fernandes, J. D., Bocardi, M. I. B. (2007). Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), p.627-34
- Lopes, R. E. (1999). *Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde portadora de deficiência, no Município de São Paulo*, Tese de Doutorado em Educação- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Lopes, R. E. (2004). A formação do terapeuta ocupacional: considerações sobre a trajetória de 50 anos no Brasil. V Congresso Norte-Nordeste de Terapia Ocupacional- Fortaleza.
- Lopes, R. E., Malfitano, A. P. S., Oliver, F. C., Sfair, S. C., & Medeiros, T. J. (2010). Pesquisa em terapia ocupacional: apontamentos acerca dos caminhos acadêmicos no cenário nacional. *Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, 21, p. 207-214
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em ação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU p.11-53

- Meira, M. D. D., & Kurcgant, P. (2008). Avaliação de cursos de graduação segundo egressos *Revista Esc. Enfermagem*, 43(2), p.481-485
- Moreira, S. V. (2005). *Análise documental como método e como técnica*. São Paulo: Atlas.
- Mângia, E. F., Muramoto, M. T., & Lancman, S. (2008). Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, 19, p. 121-130
- OMS. (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Organização Mundial de Saúde*.
- OMS. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Organização Mundial de Saúde*.
- Pimentel, A. (2001). *O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica*. *Cadernos de Pesquisa*, 114, p. 179-195
- Pinto, S. C. A., & Yokoyama, A. Y. (2008). Currículo integrado na formação do terapeuta ocupacional para o Sistema Único de Saúde: A construção coletiva do projeto pedagógico. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32, p. 51-60
- Reed, G. M., Dilfer, K., Bufka, L. F., Scherer, M. J., Kotzé, P., Tshivhase, M., & Stark, S. L. (2008). Three model curricula for teaching clinicians to use the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 30, 927-941.
- Ruaro, J. A., Ruaro, M. B., Souza, D. E., Fréz, A. R., & Guerra, R. O. (2012). Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil - uma década de história. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16, p. 454-62
- Sabino, G. S., Coelho, C. M., & Sampaio, R. F. (2008). Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta Fisiátrica*, 15, p. 26-30
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (3), p. 475-483.
- Santos, A. R. (2000). *Metodologia Científica: a construção do conhecimento* (3 ed.). Rio de Janeiro:DP&A, 144 p.
- Scliar, M. (2007). A história do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17, p. 29-4.
- Silva, A. C. (2001). Alguns problemas do nosso ensino superior . *Estudos Avançados*, 15(42), p. 1-24
- Soares. (1991). *Terapia Ocupacional: Lógica do capital do trabalho?* São Paulo: Hucitec, 138 p.
- Vaidergorn, J. (2001). Uma perspectiva da globalização na universidade brasileira (Vol. 55). *Cadernos Cedes, ano XXI*, 55, p. 78-91.

- Vianna, J. F., Aydos, M. C. R., & Siqueira, O. S. (1997). Curso noturno de licenciatura em química - uma década de experiência na UFMS . *Química Nova*, 20 (2), p.213-218
- Wiegand, N. M., Belting, J., C., F., Gutenbrunner, C., & Reinhardt, J. D. (2013). All talk, no action? The Global Diffusion and Clinical Implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Journal Phys. Med. Rehabil*, 91, p. 550-560.
- WHO, (1978). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*.
- Üstun, T. B. (2002). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a common framework for describing health states *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva:WHO, p. 344-8

ANEXOS

Anexo A

RESOLUÇÃO Nº. 370/2009

RESOLUÇÃO Nº 370, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2009

DOU nº. 225, Seção 1, em 25/11/2009, página 101

Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no uso das atribuições conferidas pelo art. 5º da Lei nº. 6316, de 17 de setembro de 1975, em sua 191ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 06 de novembro de 2009, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº 471, Vila Clementino, São Paulo- SP,

Considerando os artigos 3º e 4º do Decreto-Lei 938/69;

Considerando a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001;

Considerando a resolução da OMS 54.21 que recomenda o uso da CIF pelos países membros;

Considerando o modelo multidirecional proposto na CIF que inclui os fatores ambientais e pessoais como determinantes da funcionalidade, da incapacidade e da saúde;

Considerando as pesquisas atuais sobre o uso da CIF em Saúde Funcional;

Considerando que a CIF permite avaliar as necessidades funcionais das pessoas;

Considerando que a CIF pode servir como modelo para avaliação, acompanhamento e determinação de tratamentos conduzidos por Fisioterapeutas e por Terapeutas Ocupacionais;

Resolve:

Art. 1º - O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional adotarão a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), segundo recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS), no âmbito de suas respectivas competências institucionais.

PARAGRAFO ÚNICO: A Classificação de que se trata este artigo será utilizada como:

- a) ferramenta estatística - na coleta e registro de dados (e.g. em estudos da população e pesquisas na população ou em sistemas de gerenciamento de informações);
- b) ferramenta de pesquisa - para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais;
- c) ferramenta clínica - na avaliação de necessidades, compatibilidade dos tratamentos com as condições específicas, avaliação vocacional, reabilitação e avaliação dos resultados;

- d)** ferramenta de política social - no planejamento dos sistemas de previdência social, sistemas de compensação e projetos e implantação de políticas públicas;
- e)** ferramenta pedagógica - na elaboração de programas educativos para aumentar a conscientização e realizar ações sociais.

Art. 2º - O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional aplicarão, após os respectivos diagnósticos fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais, a versão atualizada da CIF e sua derivada.

Art. 3º - O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional adotarão, no âmbito das suas respectivas competências institucionais, o uso do modelo multidirecional da CIF na atenção e no cuidado fisioterapêutico e terapêutico ocupacional nas necessidades da pessoa.

Art. 4º - Os serviços de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional adotarão o uso da CIF para formação de banco de dados de saúde.

Art. 5º - O COFFITO recomendará às Instituições de Ensino Superior o ensino da CIF nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional.

Art. 6º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ABDO AUGUSTO ZEGHBI

Diretor-Secretário

ROBERTO MATTAR CEPEDA

Presidente do Conselho

Anexo B

RESOLUÇÃO Nº 452, DE 10 DE MAIO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 10 e 11 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, Considerando a Resolução no 54.21/2001, da Organização Mundial de Saúde - OMS, aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde em 22 de maio de 2001;

Considerando a Lei no 8.080, que em seu art 5º dispõe sobre os objetivos do SUS, e o inciso X do art. 6º que dispõe sobre a atuação do SUS;

Considerando a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destaquem a funcionalidade e a incapacidade humana em todos os ciclos de vida, para pessoas com ou sem deficiência, e que estas tenham caráter Inter setorial, em especial com a educação, previdência social, assistência social, trabalho e emprego;

Considerando a transição epidemiológica, que se configura pelo aumento da expectativa de vida e inversão da pirâmide populacional e conseqüente aumento das doenças crônicas não transmissíveis;

Considerando a necessidade de ferramentas que contribuam na qualificação da informação para melhoria do gerenciamento no Sistema de Saúde; e

Considerando que o Brasil, enquanto país membro da OMS, foi urgido a utilizar a CIF por força da Resolução no 54.21/2001, da OMS, e ainda não incorporou a referida classificação em seu Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

Que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar:

- nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos;

- como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão);

- como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado;

- para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana;

- no dimensionamento e redimensionamento de serviços visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reabilitação e os respectivos resultados;

- como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas;

- como ferramenta pedagógica na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais;

- como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de informações em saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seu níveis de atenção; e

- como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Presidente do Conselho

Homologo a Resolução CNS no 452, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Anexo C

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 10.861, DE 14 DE ABRIL DE 2004

Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e dá outras providências

Art. 5º A avaliação do desempenho dos estudantes dos cursos de graduação será realizada mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE.

§ 1º O ENADE aferirá o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento.

§ 2º O ENADE será aplicado periodicamente, admitida a utilização de procedimentos amostrais, aos alunos de todos os cursos de graduação, ao final do primeiro e do último ano de curso.

§ 3º A periodicidade máxima de aplicação do ENADE aos estudantes de cada curso de graduação será trienal.

§ 4º A aplicação do ENADE será acompanhada de instrumento destinado a levantar o perfil dos estudantes, relevante para a compreensão de seus resultados.

§ 5º O ENADE é componente curricular obrigatório dos cursos de graduação, sendo inscrita no histórico escolar do estudante somente a sua situação regular com relação a essa obrigação, atestada pela sua efetiva participação ou, quando for o caso, dispensa oficial pelo Ministério da Educação, na forma estabelecida em regulamento.

§ 6º Será responsabilidade do dirigente da instituição de educação superior a inscrição junto ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP de todos os alunos habilitados à participação no ENADE.

§ 7º A não-inscrição de alunos habilitados para participação no ENADE, nos prazos estipulados pelo INEP, sujeitará a instituição à aplicação das sanções previstas no § 2º do art. 10, sem prejuízo do disposto no art. 12 desta Lei.

§ 8º A avaliação do desempenho dos alunos de cada curso no ENADE será expressa por meio de conceitos, ordenados em uma escala com 5 (cinco) níveis, tomando por base padrões mínimos estabelecidos por especialistas das diferentes áreas do conhecimento.

§ 9º Na divulgação dos resultados da avaliação é vedada a identificação nominal do resultado individual obtido pelo aluno examinado, que será a ele exclusivamente fornecido em documento específico, emitido pelo INEP.

§ 10. Aos estudantes de melhor desempenho no ENADE o Ministério da Educação concederá estímulo, na forma de bolsa de estudos, ou auxílio específico, ou ainda alguma outra forma de distinção com objetivo similar, destinado a favorecer a excelência e a continuidade dos estudos, em nível de graduação ou de pós-graduação, conforme estabelecido em regulamento.

§ 11. A introdução do ENADE, como um dos procedimentos de avaliação do SINAES, será efetuada gradativamente, cabendo ao Ministro de Estado da Educação determinar anualmente os cursos de graduação a cujos estudantes será aplicado.

Art. 6º Fica instituída, no âmbito do Ministério da Educação e vinculada ao Gabinete do Ministro de Estado, a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - CONAES, órgão colegiado de coordenação e supervisão do SINAES, com as atribuições de:

I - propor e avaliar as dinâmicas, procedimentos e mecanismos da avaliação institucional, de cursos e de desempenho dos estudantes;

II - estabelecer diretrizes para organização e designação de comissões de avaliação, analisar relatórios, elaborar pareceres e encaminhar recomendações às instâncias competentes;

III - formular propostas para o desenvolvimento das instituições de educação superior, com base nas análises e recomendações produzidas nos processos de avaliação;

IV - articular-se com os sistemas estaduais de ensino, visando a estabelecer ações e critérios comuns de avaliação e supervisão da educação superior;

V - submeter anualmente à aprovação do Ministro de Estado da Educação a relação dos cursos a cujos estudantes será aplicado o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE;

VI - elaborar o seu regimento, a ser aprovado em ato do Ministro de Estado da Educação;

VII - realizar reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, sempre que convocadas pelo Ministro de Estado da Educação.

Art. 7º A CONAES terá a seguinte composição:

I - 1 (um) representante do INEP;

II - 1 (um) representante da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES;

III - 3 (três) representantes do Ministério da Educação, sendo 1 (um) obrigatoriamente do órgão responsável pela regulação e supervisão da educação superior;

IV - 1 (um) representante do corpo docente das instituições de educação superior;

V - 1 (um) representante do corpo docente das instituições de educação superior;

VI - 1 (um) representante do corpo técnico-administrativo das instituições de educação superior;

VII - 5 (cinco) membros, indicados pelo Ministro de Estado da Educação, escolhidos entre cidadãos com notório saber científico, filosófico e artístico, e reconhecida competência em avaliação ou gestão da educação superior.

§ 1º Os membros referidos nos incisos I e II do caput deste artigo serão designados pelos titulares dos órgãos por eles representados e aqueles referidos no inciso III do caput deste artigo, pelo Ministro de Estado da Educação.

§ 2º O membro referido no inciso IV do caput deste artigo será nomeado pelo Presidente da República para mandato de 2 (dois) anos, vedada a recondução.

§ 3º Os membros referidos nos incisos V a VII do caput deste artigo serão nomeados pelo Presidente da República para mandato de 3 (três) anos, admitida 1 (uma) recondução, observado o disposto no parágrafo único do art. 13 desta Lei.

§ 4º A CONAES será presidida por 1 (um) dos membros referidos no inciso VII do caput deste artigo, eleito pelo colegiado, para mandato de 1 (um) ano, permitida 1 (uma) recondução.

§ 5º As instituições de educação superior deverão abonar as faltas do estudante que, em decorrência da designação de que trata o inciso IV do caput deste artigo, tenha participado de reuniões da CONAES em horário coincidente com as atividades acadêmicas.

§ 6º Os membros da CONAES exercem função não remunerada de interesse público relevante, com precedência sobre quaisquer outros cargos públicos de que sejam titulares e, quando convocados, farão jus a transporte e diárias.

Anexo D

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. (*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do
Curso de Graduação em Terapia Ocupacional.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Terapia Ocupacional definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de terapeutas ocupacionais, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional tem como perfil do formando egresso/profissional o Terapeuta Ocupacional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado ao exercício profissional em todas as suas dimensões, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas de Terapia Ocupacional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.

Art. 4º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de

pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento;

II - conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional;

III - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;

V - reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer;

VI - inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação;

VII - explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar;

VIII - compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação;

IX - identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras;

X - utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.

XI - desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.

XII - conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção;

XIII - conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe;

XIV - conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo;

XV - conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbimortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional;

XVI - conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social;

XVII - conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;

XVIII - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção;

XIX - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XX - conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário;

XXI - conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis; XXII - conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional;

XXIII - conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêutico ocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários;

XXIV - desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal;

XXV - desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;

XXVI - conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais;

XXVII - conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuroevolutivas, neurofisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras;

XXVIII - conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software;

XXIX - desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;

XXX - vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros;

XXXI - conhecer a estrutura anátomo- fisiológica e cinesiologia do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas;

XXXII - conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;

XXXIII - conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias;

XXXIV - conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos.

Parágrafo único - A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em terapia ocupacional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos biológicos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas sociais.

III - Ciências da Terapia Ocupacional - incluem-se os conteúdos referentes aos fundamentos de Terapia Ocupacional, as atividades e recursos terapêuticos, a cinesiologia, a cinesioterapia, a ergonomia, aos processos saúde-doença e ao planejamento e gestão de serviços, aos estudos de grupos e instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação.

Art. 7º A formação do Terapeuta Ocupacional deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá assegurar que:

I - as atividades práticas específicas da Terapia Ocupacional deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida.

II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na Instituição de Ensino Superior ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente terapeuta ocupacional.

III - as instituições de ensino superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO

Presidente da Câmara de Educação Superior

Anexo E**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****GABINETE DO MINISTRO****PORTARIA NORMATIVA Nº 6, DE 27 DE MARÇO DE 2013**

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 87, parágrafo único, inciso II da Constituição, e pelo art. 5º, § 11 e art. 14 da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, e tendo em vista o disposto na Portaria Normativa MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007, republicada em 29 de dezembro de 2010, que consolida disposições sobre indicadores de qualidade e o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE, resolve:

Art. 1º - O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE, no ano de 2013, será aplicado para fins de avaliação de desempenho dos estudantes dos cursos:

I - que conferem diploma de bacharel em:

- a) Agronomia;
- b) Biomedicina;
- c) Educação Física;
- d) Enfermagem;
- e) Farmácia;
- f) Fisioterapia;
- g) Fonoaudiologia;
- h) Medicina;
- i) Medicina Veterinária;
- j) Nutrição;
- k) Odontologia;
- l) Serviço Social; e
- m) Zootecnia.

II - que conferem diploma de tecnólogo em:

- a) Agronegócio;

- b) Gestão Hospitalar;
- c) Gestão Ambiental; e
- d) Radiologia.

Art. 2º - O enquadramento dos cursos de graduação nas respectivas áreas de abrangência do ENADE 2013 será de responsabilidade das instituições de educação superior-IES, a partir das informações constantes do Cadastro do Sistema e-MEC e Censo da Educação Superior, conforme orientações técnicas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP.

Art. 3º - O ENADE 2013 será realizado pelo INEP, sob a orientação da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - CONAES, e contará com o apoio técnico de Comissões Assessoras de Área, considerando os cursos referidos no art. 1º desta Portaria Normativa.

§ 1º - Cabe ao Presidente do INEP designar os membros das comissões referidas no caput deste artigo, definindo suas competências e atribuições.

§ 2º - O INEP divulgará, até 31 de maio de 2013, o Manual do ENADE 2013, o qual estabelecerá os procedimentos técnicos indispensáveis à operacionalização do Exame.

Art. 4º - O ENADE 2013 poderá ter sua aplicação contratada pelo INEP junto à instituição ou consórcio de instituições que comprovem capacidade técnica em avaliação e aplicação de provas segundo o modelo proposto para o Exame, e que disponham, em seu quadro de pessoal, de profissionais que atendam aos requisitos de idoneidade e reconhecida competência.

Art. 5º - Os estudantes habilitados dos cursos descritos no art. 1º desta Portaria Normativa deverão prestar o ENADE 2013 independente da organização curricular adotada pela IES.

§ 1º - Para fins do disposto nesta Portaria Normativa, consideram-se:

I - estudantes ingressantes, aqueles que tenham iniciado o respectivo curso com matrícula no ano de 2013 e que tenham concluído até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária mínima do currículo do curso até o término do período previsto no art. 7º, § 5º desta Portaria Normativa;

II - estudantes concluintes dos Cursos de Bacharelado, aqueles que tenham expectativa de conclusão do curso até julho de 2014, assim como aqueles que tiverem concluído mais de 80% (oitenta por cento) da carga horária mínima do currículo do curso da IES até o término do período previsto no art. 7º, § 5º desta Portaria Normativa; e

III - estudantes concluintes dos Cursos Superiores de Tecnologia, aqueles que tenham expectativa de conclusão do curso até dezembro de 2013, assim como aqueles que tiverem concluído mais de 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária mínima do currículo do curso da IES até o término do período previsto no art. 7º, § 5º desta Portaria Normativa.

§ 2º - Ficam dispensados do ENADE 2013:

I - os estudantes dos cursos descritos no art. 1º desta Portaria Normativa que colarem grau até o dia 31 de agosto de 2013; e

II - os estudantes que estiverem oficialmente matriculados e cursando atividades curriculares fora do Brasil, na data de realização do ENADE 2013, em instituição conveniada com a IES de origem do estudante.

§ 3º - A dispensa do ENADE 2013 deverá ser devidamente consignada no histórico escolar do estudante.

Art. 6º - O INEP disponibilizará, por meio do endereço eletrônico <http://enade.inep.gov.br>, até 4 de junho 2013, as instruções e os instrumentos necessários às IES para a inscrição eletrônica dos estudantes habilitados ao ENADE 2013.

Art. 7º - Os dirigentes das IES serão responsáveis pela inscrição de todos os estudantes habilitados ao ENADE 2013, no período de 09 de julho a 16 de agosto de 2013, por meio do endereço eletrônico <http://enade.inep.gov.br>, segundo as orientações técnicas do I N E P.

§ 1º - A ausência de inscrição de estudantes habilitados para participação no ENADE 2013, nos termos e prazos estipulados nesta Portaria Normativa, poderá ensejar a suspensão de processo seletivo para os cursos referidos no art. 1º desta Portaria Normativa, conforme dispõe o art. 33-M, § 4º da Portaria Normativa MEC nº 40 de 2007, observado o disposto no art. 33-G, § 8º do mesmo diploma regulamentar.

§ 2º - É de responsabilidade da IES divulgar amplamente, junto ao seu corpo discente, a lista dos estudantes habilitados ao ENADE 2013.

§ 3º - A lista de estudantes inscritos pela IES será disponibilizada pelo INEP, para consulta pública, durante o período de 20 a 30 de agosto de 2013, nos termos do § 1º do art. 33-I da Portaria Normativa MEC nº 40, de 2007.

§ 4º - As inclusões ou as retificações decorrentes da consulta pública mencionada no parágrafo anterior deverão ser solicitadas à própria IES no período de 20 a 30 de agosto de 2013.

§ 5º - Compete à IES a inclusão ou retificação na lista de estudantes habilitados e inscritos para o ENADE 2013, durante o período de 20 a 30 de agosto de 2013, exclusivamente pelo endereço eletrônico <http://enade.inep.gov.br>.

§ 6º - Não serão admitidas alterações nas inscrições fora dos prazos estabelecidos neste artigo.

§ 7º - Os estudantes ingressantes, inscritos nos termos deste artigo, serão dispensados da prova a ser aplicada em 2013 e sua situação de regularidade será atestada por meio de relatório específico a ser emitido pelo INEP, nos termos do art. 5º, § 5º da Lei nº 10.861, de 2004 e, em consonância com o art. 33-F da Portaria Normativa MEC nº 40, de 2007.

Art. 8º - Compete também às respectivas IES a inscrição dos estudantes em situação irregular junto ao ENADE de anos anteriores, no período de 11 a 28 de junho de 2013.

§ 1º - Consideram-se irregulares junto ao ENADE todos os estudantes habilitados ao ENADE de anos anteriores que não tenham sido inscritos ou não tenham realizado o Exame por motivo não enquadrável nas hipóteses de dispensa referidas nos §§ 2º, 3º, 4º e 5º do art. 33-G da Portaria Normativa MEC nº 40, de 2007.

§ 2º - Não serão admitidas alterações nas inscrições fora do prazo estabelecido neste artigo.

§ 3º - Nos termos do art. 5º, § 5º da Lei nº 10.861, de 2004, os estudantes ingressantes e concluintes em situação irregular de anos anteriores do ENADE, inscritos nos termos deste artigo, serão dispensados da prova a ser aplicada em 2013 e sua situação de regularidade será atestada por meio de relatório específico a ser emitido pelo INEP.

Art. 9º - As diretrizes para as provas do ENADE 2013 dos cursos referidos no art. 1º desta Portaria Normativa serão divulgadas até 31 de maio de 2013.

Art. 10 - O INEP disponibilizará o Questionário do Estudante, de preenchimento obrigatório, no período de 22 de outubro a 24 de novembro de 2013, exclusivamente por meio do endereço eletrônico <http://portal.inep.gov.br>, conforme dispõe o do art. 33-J, § 1º da Portaria Normativa MEC nº 40, de 2007.

§ 1º - A consulta individual ao local de prova e impressão do Cartão de Informação do Estudante será precedida do preenchimento do Questionário do Estudante.

§ 2º - O INEP fornecerá à IES mecanismo eletrônico de acompanhamento gerencial do número de estudantes que responderam ao Questionário do Estudante.

Art. 11 - O ENADE 2013 será aplicado no dia 24 de novembro de 2013, com início às 13 (treze) horas do horário oficial de Brasília (DF).

Art. 12 - O estudante fará a prova do ENADE 2013 no município de funcionamento da sede do curso, conforme registro no cadastro da IES no Sistema e-MEC.

§ 1º - O estudante habilitado ao ENADE 2013 que estiver realizando atividade curricular obrigatória fora do município de funcionamento da sede do curso, em instituição conveniada com a IES de origem, poderá realizar o ENADE 2013 no mesmo município onde está realizando a respectiva atividade curricular, desde que esteja prevista aplicação de prova naquele município, observado o disposto no § 3º deste artigo.

§ 2º - O estudante de curso na modalidade de educação a distância - EAD poderá realizar o ENADE 2013 no município em que a IES credenciada para a EAD tenha pólo de apoio presencial registrado, no Sistema e-MEC, até o dia 28 de agosto de 2013, observado o disposto no § 3º deste artigo.

§ 3º - É de responsabilidade da IES proceder à alteração de município de prova para os estudantes amparados pelos parágrafos 1º e 2º deste artigo, por meio do endereço eletrônico <http://enade.inep.gov.br>, segundo as orientações técnicas do INEP, no período de 20 a 30 de agosto de 2013.

Art. 13 - Para o cálculo do conceito ENADE 2013, a ser atribuído aos cursos descritos no art. 1º desta Portaria Normativa, será considerado apenas o desempenho dos concluintes habilitados regularmente inscritos pela IES e participantes do ENADE 2013.

Art. 14 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALOIZIO MERCADANTE

Anexo F



世界衛生大會 決議

قرار جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY

RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

FIFTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY

WHA54.21

Agenda item 13.9

22 May 2001

International classification of functioning, disability and health

The Fifty-fourth World Health Assembly,

1. ENDORSES the second edition of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), with the title International Classification of Functioning, Disability and Health, henceforth referred to in short as ICF;
2. URGES Member States to use the ICF in their research, surveillance and reporting as appropriate, taking into account specific situations in Member States and, in particular, in view of possible future revisions;
3. REQUESTS the Director-General to provide support to Member States, at their request, in making use of ICF.

Ninth plenary meeting, 22 May 2001
A54/VR/9

= = =

Anexo G

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Superior - SESu

Comissões de Especialistas de Ensino- CEE

Comissão de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional -CEETO.

PADRÃO MÍNIMO DE QUALIDADE PARA CURSOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Brasília

1997/1999

Elaborado: em 1997

Atualizado: pela Comissão de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional -CEETO

composta por:

Profa. Dra. Selma Lancman, USP

Profa. Amélia Santos da Veiga Pessoa, UFPE

Profa. Dra. Sandra Maria Galheigo, PUC-Campinas

APRESENTAÇÃO

Este documento foi discutido no IIº Seminário Nacional de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UFSCAR, novembro /1995), complementado com as contribuições dos Cursos de Terapia Ocupacional da Universidade de Fortaleza, Universidade Estadual do Pará e da Universidade Federal de Pernambuco e, sistematizado nesta versão final pela Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (1995), que estabeleceu os padrões mínimos de qualidade para o funcionamento de cursos de graduação de Terapia Ocupacional do país. Pretende-se com isto garantir um padrão básico de referência a partir do qual os cursos devem se desenvolver.

São recomendações e determinações que dizem respeito a manutenção das condições pedagógicas de qualidade sob o ponto de vista teórico/metodológico e científico, bem como técnico/profissional para a formação de recursos humanos em Terapia Ocupacional.

PADRÃO MÍNIMO E SUA RELAÇÃO COM O ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO

Os itens abaixo complementam e subsidiam o **Roteiro de Avaliação de Projeto de Criação de Curso**, o **Roteiro de Verificação para Autorização de Funcionamento**, o **Roteiro de Verificação para Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento**.

Número de vagas e relação número de alunos por docente:

O número de vagas/ano/vestibular deve respeitar as condições pedagógicas das aulas teóricas e práticas, isto é, tanto as práticas de laboratórios como as práticas terapêuticas (entendidas como estágios, práticas clínicas, práticas supervisionadas). Determina-se a seguinte proporção máxima entre o número de alunos por docente:

- a) para as aulas teóricas: 50/1
- b) para práticas de laboratório: 15/1
- c) para as práticas terapêuticas: 6/1

Turnos de funcionamento:

Determina-se que nos cursos noturnos as práticas terapêuticas desenvolvam-se no período **diurno** situação esta que deverá vir explicitada já no edital do vestibular.

Alunato:

Recomenda-se a participação dos alunos em atividades de pesquisa, extensão, prática de monitoria, bolsas de trabalho e de treinamento.

Concepções e objetivos do Projeto Pedagógico do Curso

Recomenda-se que o Projeto Pedagógico do Curso indique um compromisso de integração com os Serviços de Saúde da região, entidades e movimentos sociais, culturais e educacionais, bem como estabeleça vínculos e relacionamentos com outros cursos de graduação, tanto os das áreas da Saúde como outros afins.

Prática Terapêutica Supervisionada e Produção Científica:

- a) Recomenda-se a inclusão de disciplinas que estimulem a produção científica.
- b) Determina-se que as práticas terapêuticas não se restrinjam aos estágios profissionalizantes, mas sim que sejam oferecidas aos alunos de forma gradativa ao longo de todo o curso.
- c) Os Serviço ou Clínicas Terapêuticas deverão abranger as diferentes áreas da Terapia Ocupacional previstas no currículo pleno do Curso. Deverão ser gerenciados por docentes terapeutas ocupacionais, com experiência profissional de dois anos e ter estabelecido além da rotina assistencial (individual e grupal), rotina de estudos, reuniões de supervisão, estudo de casos, apresentação de artigos científicos, etc. O serviço de terapia ocupacional quando não vinculado a instituições de assistência à saúde da rede, deverão adotar procedimentos de

referência/contra-referência para outras unidades de modo a integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS).

d) Poderão ser mantidos convênios com outros serviços para a realização das práticas terapêuticas/ estágios se as determinações anteriores forem observadas e resguardadas pelo corpo docente do Curso. Somente serão conveniados serviços que disponham de profissionais terapeutas ocupacionais em seus quadros funcionais. Na ausência destes é obrigatório a presença do docente no período integral das atividades de ensino/assistência.

e) O aluno deverá necessariamente ser supervisionado por terapeutas ocupacionais na proporção de 6 alunos/1 supervisor para serviços próprios e 3 alunos/1 supervisor em serviços conveniados (segundo resolução 139/92 153/93 - COFFITO).

f) O aluno deverá necessariamente estagiar em no mínimo 3 áreas de atuação diferentes.

Corpo docente indicado:

Recomenda-se que a qualificação dos docentes esteja garantida no projeto acadêmico e administrativo da IES explicitados em planos de capacitação e de carreira funcional, e em relação direta com as demais determinações:

- que 2/3 de professores (profissionais da área) possuam qualificação acadêmica em nível de pós-graduação strictu ou lato senso.
- que os docentes, bem como os supervisores não pertencentes ao quadro funcional da IES, deverão ter, no mínimo, dois anos de experiência profissional.
- determina-se que o terapeuta ocupacional deve estar presente desde a concepção do curso, bem como no planejamento e administração do mesmo. Os cursos deverão ser coordenados por docentes com título de Terapia Ocupacional.
- determina-se que os docentes terapeutas ocupacionais deverão ter no mínimo dois anos de experiência profissional ou estar em curso de pós-graduação strictu-senso.

Recursos Materiais

Para assegurar o treinamento e a qualidade do processo ensino-aprendizagem nos Cursos de Terapia Ocupacional, apresenta-se referências para instalação e funcionamento de laboratórios de Ensino e de Serviço para desenvolvimento das práticas terapêuticas.

Considerando o Currículo Mínimo definido para o Curso de Terapia Ocupacional, a legislação do COFFITO pertinente ao assunto, o conhecimento dos currículos plenos em funcionamento no Brasil e, considerando por fim, as normas da W.F.O.T., indica-se como mínimo desejável a existência de 3 laboratórios de ensino e uma clínica terapêutica. Os laboratórios estão definidos genericamente e tomando por base a nomenclatura mais comumente usada na Terapia Ocupacional e no Currículo Mínimo. Admite-se denominação diferente, agrupamento ou

desdobramento dos laboratórios, desde que mantidas as condições básicas de cada área de conhecimento, bem como as condições arquitetônicas para a fusão de laboratórios.

1. Os cursos deverão possuir laboratórios para todos os ciclos previstos pelo currículo mínimo e em conformidade com o projeto pedagógico do curso em questão.
2. A área física utilizada pelos laboratórios e clínica deverá ser adequada às normas da ABNT, referentes à área de saúde;
3. Os laboratórios deverão ter espaço, iluminação e refrigeração compatíveis com a sua utilização;
4. O acesso e a edificação serão livres de barreiras arquitetônicas, considerando-se as múltiplas deficiências e não apenas a física;
5. O mobiliário e equipamentos será estabelecido considerando o número de alunos por turma e o horário/cronograma para sua utilização.
6. O mobiliário, equipamentos e material de consumo dos laboratórios deverão contemplar a natureza das atividades a que se destinam.
7. Deve ser apresentado um planejamento para reposição semestral do material de consumo usado nos laboratórios e clínica. Haverá igualmente um plano de manutenção do material e equipamentos.

Aqui serão considerados apenas os laboratórios das disciplinas pré-profissionalizantes e profissionalizantes do Curso de Terapia Ocupacional. Os laboratórios das disciplinas básicas serão contemplados em outro documento.

Os laboratórios são:

1. Atividades e recursos terapêuticos
2. Atividades da vida diária, Próteses e órteses
3. Atividades corporais, expressivas e dramáticas;

1. Laboratório de Atividades e Recursos Terapêuticos

Atenderá as disciplinas de metodologia da Terapia Ocupacional, compreendendo o ensino de atividades e recursos terapêuticos, análise de atividades, estudo teórico e prático de atividades artesanais, artísticas, lúdicas, culturais, profissionais, senso-perceptivas.

Com relação ao material de consumo, o material existente deverá permitir ao aluno vivenciar uma gama variada de atividades, tais como: pintura, desenho, cerâmica, modelagem, entalhe, artesanato em couro, madeira, fios e teares ,etc.

2. Laboratório Para Treinamento de Atividades de Vida Diária, Próteses e Órteses

Atenderá a disciplinas do ciclo profissionalizante de Técnica e Métodos de Instrução, atividades de vida diária e disciplinas de Terapia Ocupacional aplicada. Para tanto deverá reproduzir as dependências de uma casa (sala, quarto, cozinha, banheiro, área de serviço, jardim ...) além de conter sala “tipo oficina” com bancadas para confecção de órteses, balcão e pia.

3. Atividades Corporais, Expressivas e Dramáticas

Atenderá a disciplinas pré-profissionalizantes de fundamentos da Terapia Ocupacional e Dinâmica de grupos, e a disciplinas de abordagem de trabalho corporal. Para tanto o laboratório deverá ter uma dimensão equivalente ao dobro de usuários, piso anti-derrapante, espelho total em uma das paredes, iluminação com controle regulável e sistema de som e vídeo.

Ingresso do Corpo docente

Recomenda-se que o ingresso dos docentes nas IES se dê por concurso ou seleção pública com avaliação de títulos e provas.

Organização e funcionamento:

Recomenda-se a representação de todas as categorias docentes, dos funcionários/servidores técnico-administrativos e do corpo discente nos órgãos colegiados da instituição.

Recomenda-se que as mantenedoras apoiem e subsidiem a promoção e participação do corpo docente nos eventos de interesse da área.