



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

Formação em Fisioterapia sob o âmbito da CIF e conjecturas dos postos de trabalho:
Um retrato da influência do modelo biomédico

JULIANA APARECIDA ELIAS FERNANDES

Brasília

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

**Formação em Fisioterapia sob o âmbito da CIF e conjecturas dos postos de trabalho:
Um retrato da influência do modelo biomédico**

JULIANA APARECIDA ELIAS FERNANDES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Dra. Vera Regina Fernandes da Silva Marães

Área de Concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de pesquisa: Estratégias diagnósticas, terapêuticas e assistenciais para o desenvolvimento da saúde e funcionalidade humana.

Brasília
2021

FF363f Fernandes, Juliana Aparecida Elias
 Formação em Fisioterapia sob o âmbito da CIF e conjecturas
dos postos de trabalho: Um retrato da influência do modelo
biomédico / Juliana Aparecida Elias Fernandes; orientador
Vera Regina Fernandes da Silva Marães. -- Brasília, 2021.
 75 p.

 Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências e Tecnologias em
Saúde) -- Universidade de Brasília, 2021.

 1. CIF. 2. Fisioterapia. 3. Ensino. 4. Lacunas da
Prática Profissional. 5. Níveis de Atenção à Saúde. I. Marães,
Vera Regina Fernandes da Silva, orient. II. Título.

Universidade de Brasília
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

JULIANA APARECIDA ELIAS FERNANDES

**Formação em Fisioterapia sob o âmbito da CIF e conjecturas dos postos de trabalho:
Um retrato da influência do modelo biomédico**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em em Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Aprovada por:

**Profa. Dra. Vera Regina Fernandes da Silva Marães
(Presidente da Banca)**

Profa. Dra. Auristela Duarte de Lima Moser (PUC/PR)

Prof. Dr. Felipe Soares Macedo (UNIP/DF)

Profa. Dra. Dayani Galato (UnB/PPGCTS)

Profa. Dra. Juliana Fracon e Romão (UnB/FCE- Suplente)

Brasília, 31 de março de 2021.

O homem que confia no Senhor é como árvore plantada junto às águas, que estende as suas raízes para o ribeiro e não receia quando vem o calor, mas sua folha fica verde e, no ano de sequeidão não se perturba, nem deixa de dar fruto. Jeremias 17:7-8. Aquietai-vos e sabeis que Sou Deus! Salmos 46:10.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de agradecimento, me sinto como se estivesse em um filme de longa-metragem cujo diretor foi um só: O Senhor. Certamente não foi um filme com um único ator principal, ao contrário, foi um filme com a participação especial de vários atores, todos eles eu creio, escolhidos por Deus e com seu papel já definido no “roteiro”. Somente com a força dos meus braços não teria conseguido e jamais teria chegado até aqui. Foi Ele quem me trouxe à tona nas vezes em que me senti submersa, foi Ele quem trouxe alívio sobre o meu cansaço, foi Ele quem me protegeu como a menina dos seus olhos, foi Ele quem me escondeu debaixo de Suas asas. E se gratidão é quando a alma diz obrigada, não posso deixar de agradecer ao Senhor, Diretor não só deste “filme”, mas, principalmente da minha vida.

Gratidão também a cada um dos “atores” deste longa-metragem, pois todos, sem exceção, foram de fundamental importância nesse processo de construção: Gratidão à professora Dra. Vera Regina Fernandes da Silva Marães, pela oportunidade que me ofereceu, pela confiança, paciência, compreensão e amor durante essa jornada. Sem dúvida seu protagonismo foi decisivo neste roteiro. Peço perdão pelas minhas falhas e espero um dia poder retribuir tamanha bondade e generosidade. Gratidão à professora Dra. Diana Lúcia Moura Pinho pela cooperação, humildade e carinho. Gratidão à professora Dra. Marília Miranda Forte Gomes pelas muitas palavras de conforto e por me ajudar a acreditar que seria possível. Gratidão à professora Dra. Juliana de Faria Fracon e Romão pela disponibilidade e encorajamento. Gratidão a professora Dra. Dayani Galato pela rica experiência vivida no Estágio em Docência e por seu coração sempre disposto a ajudar. Gratidão aos amigos que fiz ao longo deste percurso: Dra. Lídia Ester Lopes da Silva e Dr. Paulo Henrique Barbosa que compartilharam dos meus choros e angústias e com generosidade me acolheram. Gratidão à fisioterapeuta e amiga Bruna da Silva Sousa por ter sido socorro bem presente em tantos momentos.

Gratidão à amiga e pastora Olívia Cristina Soares Assis, pelos muitos momentos de intercessão. Quantas vezes em ocasiões em que tive a sensação de estar fazendo tudo errado, você me mostrou que eu deveria ser guiada não pelas circunstâncias, mas por meio Daquele do qual sou Filha... *E o Senhor me guiou até em lugares áridos e fortificou os meus ossos!* Gratidão à minha sogra Neuza Ramos Fernandes pelas comidinhas deliciosas que mandava para que eu não precisasse fazer almoço e tivesse mais tempo para os

estudos, idem à minha amiga e vizinha Mara Juliana. Gratidão à Laylla Luanna de Melo pela ajuda nas análises dos dados e à revisora Ana Paula Oliveira. Gratidão à UnB, ao PPGCTS, a todos os meus professores, à Capes e à minha banca de doutorado por esta tão grande oportunidade!

E a lista deste maravilhoso elenco continua, agora estrelado por meu esposo Joab Ramos Fernandes, grande parceiro que caminhou comigo lado a lado em todo tempo. Gratidão meu amor, por sua compreensão, gratidão por ter sido meus olhos e meu coração nos muitos momentos em que precisei abdicar de estar junto dos nossos filhos. Gratidão quando compreendeu meu silêncio e mau humor, gratidão pela trilha sonora que colocava para que eu pudesse dormir melhor e aquietar meu coração nas muitas madrugadas em claro, gratidão por ter comemorado comigo cada etapa concluída neste trabalho. Sabemos que *um cordão de três dobras não se rompe facilmente* e você foi uma dessas dobras!

Gratidão aos meus filhos Maria Eduarda e Arthur aos quais peço perdão pelas muitas vezes em que precisei dizer “não” aos pedidos de “mamãe, ‘tô’ com saudade, saia desse computador e vem ficar com a gente!” Meu Deus, como era dolorido ouvir isso! Gratidão aos meus pais Luiz Antônio Elias e Cleuza Maria Elias que literalmente debaixo de sol e enxada não mediram esforços pelos estudos dos filhos. Papai e mamãe, foi a partir do exemplo de vocês que meu caráter foi construído, afinal, sendo filha de quem sou, sempre soube o que eu seria.

A todo “elenco” e ao meu “Diretor”: gratidão, gratidão, gratidão!

Ao meu esposo Joab, companheiro incondicional em toda essa jornada e aos meus filhos, Maria Eduarda e Arthur, com o amor maior que possa haver.

RESUMO

Tese elaborada em formato de artigo científico, cujo objetivo foi verificar a formação em Fisioterapia sob o âmbito da CIF e a influência do modelo biomédico nos postos de trabalho ocupados pelo fisioterapeuta. O estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira compreendida pela análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Fisioterapia, dos quais foram retiradas informações de interesse a respeito do ensino da CIF e do modelo biopsicossocial. Tal estudo culminou no artigo intitulado *The ICF in the pedagogical projects of Physiotherapy courses in Midwest Brazil*, publicado na revista Fisioterapia em Movimento. A segunda etapa foi caracterizada pela verificação dos postos de trabalho ocupados pelos fisioterapeutas a partir dos dados obtidos no CNES, que resultou em outro artigo científico submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva sob o título *Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: Uma menor demanda para a Atenção Básica*. Os achados demonstraram uma lacuna no ensino da CIF durante o processo formativo do aluno, o que pode dificultar seu entendimento acerca do modelo biopsicossocial e perpetuar práticas voltadas ao modelo biomédico. A tendência da atuação do fisioterapeuta preferencialmente na Atenção Secundária e Terciária à Saúde em detrimento da Atenção Primária, pode ser um reflexo da formação recebida. Assim, nortear a formação do aluno dentro de um contexto biopsicossocial e da CIF poderá favorecer o entendimento da funcionalidade e portanto, dos processos que envolvem o binômio saúde-doença, ultrapassando a barreira biologicista. Fato que poderia auxiliar a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde onde sua atuação ainda se encontra incipiente.

Palavras-Chave: CIF, Fisioterapia, Ensino, Lacunas da Prática Profissional, Níveis de Atenção a Saúde.

ABSTRACT

Thesis prepared in the format of a scientific article, whose objective was to verify the training in Physiotherapy under the scope of the ICF and the influence of the biomedical model in the jobs occupied by the physiotherapist. The study was carried out in two stages, the first being understood by the analysis of the Pedagogical Projects of physiotherapy courses, from which information of interest was collected regarding the teaching of the ICF and the biopsychosocial model. This study culminated in the article entitled *The ICF in the pedagogical projects of Physiotherapy courses in Midwest Brazil*, published in the journal *Physiotherapy in Movement*. The second stage was characterized by the verification of the jobs occupied by physical therapists from the data obtained in the CNES, which resulted in another scientific article submitted to the journal *Ciência & Saúde Coletiva* under the title *Jobs occupied by physical therapists: A lower demand for Primary Care*. The findings demonstrated a gap in the teaching of ICF during the student's formative process, which can hinder their understanding of the biopsychosocial model and perpetuate practices aimed at the biomedical model. The tendency of the physiotherapist's performance preferably in Secondary and Tertiary Health Care to the detriment of Primary Care may reflect the training received. Thus, guide the student's education within a biopsychosocial

and ICF context may favor the understanding of functionality and, therefore, the processes that involve the health-disease binomin, overcoming the biological barrier. This fact could help the physical therapist's performance in Primary Health Care where his work is still incipient.

Keywords: ICF, Physiotherapy, Teaching, Professional Practice Gaps, Health Care Levels

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1. Interações entre os componentes da CIF.....	37
Quadro 1. Principais termos e definições usados na CIF.....	39

LISTAS DE ANEXOS

ANEXO A – Normas Revista Fisioterapia em Movimento.....	57
ANEXO B – Qualis CAPES Revista Fisioterapia em Movimento.....	63
ANEXO C – Comprovante de submissão à Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	64
ANEXO D – Normas Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	65
ANEXO E – Qualis CAPES Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	74
ANEXO F – Comprovante aprovação Comitê de Ética.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
ABBR	Associação Beneficente de Reabilitação
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABF	Associação Brasileira de Fisioterapia
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNF	Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
SBF	Sociedade Brasileira de Fisioterapia
SESu	Secretaria de Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 Objetivos.....	17
2.1 Objetivos gerais.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3.0 Referencial teórico.....	18
3.1 A Fisioterapia e seu contexto histórico.....	18
3.2. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde.....	20
3.2.1 A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia (DCNF).....	23
3.2.2 A reformulação das DCNF	26
3.3 O Relatório de Flexner, o modelo biomédico e sua influência no contexto da Fisioterapia.....	27
3.4 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.....	31
3.4.1 A trajetória histórica da implementação da CIF.....	32
3.4.2 CIF: Por quê e para quê?	33
3.4.3 Modelo médico, social e biopsicossocial na perspectiva da CIF.....	35
3.4.4 CIF: Estrutura e definições	36
3.4.5 Detalhando as funções, estruturas do corpo e deficiências	37
3.4.6 Detalhando as Atividades e Participação.....	38
3.4.7 Detalhando os Fatores Contextuais.....	38
3.4.8 O sistema de códigos da CIF.....	40
4. Metodologia.....	40
5. Resultados e Discussão.....	41
6. Limitações do estudo.....	46
7. Considerações finais.....	46
8. Perspectivas.....	47
Referências bibliográficas.....	48
Anexos.....	57

1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista o contexto da Reforma Sanitária, a oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 levantou questões relevantes sobre a formação dos profissionais da área, apontando para uma lacuna existente na formação de recursos humanos no âmbito técnico, ético e social [1], sinalizando desde então sobre a urgência de se adequar a prática dos profissionais de saúde a um novo e ampliado olhar [2].

Estudos defendem que ambos os setores – saúde e educação – devem participar ativamente no ordenamento e regulação do Estado no que tange à formação profissional na área da saúde. Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) representam o norte fundamental para a formulação dos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPCs), sendo articuladores diretos na orientação dos currículos dos cursos com vistas às práticas do ensino na saúde [3].

Nesse contexto, o reordenamento curricular dos cursos da área da saúde e, especialmente, os de Fisioterapia – foco deste estudo – merece atenção, pois deve articular as Diretrizes Curriculares da profissão às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e à realidade da população, tendo em vista sua diversidade social, econômica, epidemiológica e cultural [4]. Ainda, frente ao aumento da expectativa de vida da população há consequente mudança no perfil epidemiológico, representado pelas doenças crônico-degenerativas, evidenciando a necessidade de novas abordagens que se proponham a ir além das questões puramente biológicas [5].

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou em 2001 [6], a Classificação de Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) [7]. Tal ferramenta se apresenta como um forte contraponto à formação reducionista, pois apresenta um enfoque que se opõe à linearidade do modelo biomédico. Assim, seu escopo propõe uma abordagem biopsicossocial que possibilita descortinar aspectos referentes à funcionalidade e à incapacidade [8], representando uma nova concepção para o paradigma da saúde, uma vez que muda o foco da doença em si para seu impacto na qualidade de vida do indivíduo e, por conseguinte, na funcionalidade [9].

Equalizados a esta realidade, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, considerando as transformações nacionais e internacionais na

saúde, na Resolução nº 370/2009 recomendou a utilização da CIF pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no âmbito de suas respectivas competências profissionais [10]. De acordo com uma tendência mundial, no dia 10 maio de 2012, por meio da Resolução nº 452, o Ministério da Saúde instituiu a utilização da CIF no SUS, inclusive na Saúde Suplementar [11]. Assim, o marco legal da CIF no país demonstra uma tentativa no reordenamento das práticas em saúde dentro de um padrão voltado ao modelo biopsicossocial

Entretanto, considerando o marco histórico da criação da Fisioterapia fortemente alicerçado em práticas reducionistas, esta abordagem biopsicossocial ainda não parece ser uma realidade no ensino da Fisioterapia no Brasil. Influenciada por currículos muitas vezes ainda dicotomizados, a formação do fisioterapeuta traz forte tendência às especializações precoces, o que distancia esta profissão das ações dentro da Atenção Primária a Saúde (APS) vinculando-a fortemente a Atenção Secundária e Terciária[12]. Desconsiderar o contexto pessoal, ambiental e sócio cultural em que o indivíduo está envolvido, bem como suas relações de subjetividade, embaça a visão da complexidade do adoecer e compromete a atuação do profissional enquanto generalista. Reduzir o processo do adoecimento à dimensão exclusivamente biológica, é o traço mais marcante da formação reducionista a que tais profissionais foram expostos [2],[12] e continua sendo transmitida[2], uma vez que o professor também foi formado dentro de um padrão biomédico, ou seja, ele ensina o que aprendeu. Tal formação prejudica sobretudo o entendimento pleno acerca da funcionalidade, posto que não são levados em consideração outros fatores, além do biológico, que influenciam diretamente a condição de saúde do indivíduo [5].

Portanto, faz-se necessário que os profissionais da área de saúde e aqui em especial o fisioterapeuta, esteja ajustado a um olhar ampliado de saúde, no sentido de proporcionar ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto do indivíduo como da coletividade, a fim de efetivamente atuar em todos os níveis de assistência [4], com enfoque na manutenção da funcionalidade humana [5], de forma que a CIF se apresenta como uma poderosa ferramenta para tal. Dessa forma, urge a necessidade de que o profissional esteja preparado para o desafio de aliar a técnica acadêmica a uma abordagem biopsicossocial, qualitativa e criativa [13] que nem sempre parecem estar contempladas nos currículos dos cursos de Fisioterapia e que por sua vez podem refletir na sua atuação profissional.

Atuação profissional esta, que parece ter o ambiente hospitalar como o cenário

prioritário das práticas [14], o que endossa a influência biomédica recebida. Fato que pode desarticular o ensino das realidades e demandas dos serviços de saúde da população [15] e que reforça a Fisioterapia como uma profissão atrelada ao processo curativista/reducionista [12]. Entretanto haja vista as transformações no âmbito da saúde, esforços vem sendo realizados nas últimas décadas em prol do alinhamento na assistência com vistas a Atenção Primária a Saúde (APS), o que se opõe a ênfase dada ao ambiente hospitalar e exige uma mudança na concepção dos níveis assistenciais [12].

Desta forma é importante mencionar que apesar da APS ser o nível de menor exigência tecnológica, por outro lado exige uma compreensão profunda das relações humanas, sociais, territoriais, históricas e antropológicas que coloca este nível assistencial como sendo o mais complexo do ponto de vista humanitário [16]. Assim, a atuação na APS exige domínios para além da competência técnica e instrumental, mas a ampliação da visão para além da doença em si e dos seus determinantes biológicos, contrapondo o modelo biomédico. Neste cenário, refletindo o caráter reabilitador dado historicamente à Fisioterapia, é sabido que em termos de organização dentro da Rede de Assistência a Saúde (RAS)[17], a Fisioterapia se firmou nos postos de trabalho relacionados a Atenção Secundária e Terciária à Saúde, ao passo que a sua atuação na APS ainda parece representar um desafio.

Diante disso e tendo em vista que as Instituições de Ensino Superior (IES) são as formadoras dos recursos humanos da área da saúde [18], os estudos de Scharan (2020) apontaram para as dificuldades por parte dos alunos na contextualização prática do modelo biopsicossocial e da CIF, pela ausência dessa abordagem no seu processo formativo [13]. Realidade que pode perpetuar ações moldadas no modelo biomédico e privilegiar a ocupação dos postos de trabalho voltados às densidades tecnológicas mais robustas, descontextualizando a atuação da Fisioterapia dentro dos postos de trabalho relacionados à Atenção Primária.

Logo, o interesse em discutir a formação do fisioterapeuta surge pelo fato de que tal profissional é indispensável na priorização da funcionalidade humana, e que mediante os aspectos relacionados à educação, observam-se as modificações que aconteceram no currículo da graduação em Fisioterapia ao longo dos anos. Reflexões e leituras sobre o tema apontam que o modelo utilizado ainda apresenta fortes traços fundamentados no modelo biomédico.

Portanto, considerando que a formação do fisioterapeuta deveria ser direcionada pelo princípio da funcionalidade humana, e sendo a funcionalidade considerada por alguns autores como o terceiro indicador de saúde [5], entende-se que a CIF deve ser objeto de estudo em relação à formação do fisioterapeuta [19].

Outrossim, o presente estudo verificou a tendência de ocupação dos postos de trabalho dentro da RAS pelo fisioterapeuta, uma vez que a formação recebida – também aqui abarcada – pode exercer influência na sua prática laboral [20]. Nesse sentido, o setor de saúde é responsável por absorver grande parte da mão de obra da população economicamente ativa do país [21] e especificamente sobre o quantitativo de fisioterapeutas, o Brasil representa o segundo país com o maior número, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América [22], o que instiga estudos que tentem descortinar questões que abarquem tanto a formação como a atuação do fisioterapeuta considerando os níveis assistenciais dentro da RAS, ou seja, a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde.

Espera-se desta maneira, que este estudo possa contribuir para um maior entendimento do processo de formação do fisioterapeuta, em especial no que diz respeito à incorporação da Funcionalidade, da CIF e do modelo biopsicossocial, assim como pretende-se levantar reflexões acerca da influência do modelo biomédico na tendência de ocupação dos postos de trabalho por fisioterapeutas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

- ✓ Verificar a formação em Fisioterapia sob o âmbito da CIF e a influência do modelo biomédico nos postos de trabalho ocupados pelo fisioterapeuta.

2.1 Objetivos específicos

- ✓ Analisar os PPCs de Fisioterapia no que se refere a inclusão da CIF;
- ✓ Analisar se os PPCs estão equalizados com o contexto biopsicossocial;
- ✓ Demonstrar qual a tendência de atuação do fisioterapeuta levando-se em consideração a Atenção Primária, Secundária e Terciária a Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Fisioterapia e seu contexto histórico

A reabilitação física de sobreviventes da Segunda Guerra Mundial, bem como da epidemia de poliomielite compõem o pano de fundo principal no surgimento da Fisioterapia, iniciando aí o caráter reabilitador dado a profissão desde então [23], [24]. Este cenário de pós-guerra enraizou a Fisioterapia ao modelo biomédico, uma vez que o adoecimento era visto como algo linear e independente do meio em que o sujeito estivesse exposto, caracterizando a visão reducionista de saúde, centrado exclusivamente nos processos biológicos [25],[26].

Inicialmente, sendo uma profissão considerada auxiliar médica [27], a Fisioterapia surgiu na primeira metade do século XX. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo foi a instituição pioneira em ofertar o curso técnico na área e o curso superior veio por intermédio da Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR), no Rio de Janeiro. Desde então, o curso difundiu-se por todo Brasil, apesar de continuar concentrado na região Sudeste, porém sem estudos ou critérios para a necessidade de tal disseminação [28].

Como a Fisioterapia inicialmente foi criada debaixo de uma espécie de “dependência médica” isso se perpetuou ao longo da história, interferindo na identidade dos profissionais. Sampaio et al. (2006), concluíram que o processo de autonomia do fisioterapeuta esteve historicamente violado pela atuação sobressalente da medicina, traduzida em monopólio de saberes, pela necessidade de prescrição da Fisioterapia vinda a partir de um médico e pelo pré-requisito do encaminhamento também dependente deste profissional [29].

Legalmente, o parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação (CFE) endossa a relação de extrema dependência do fisioterapeuta ao médico, enquadrando-o como auxiliar médico, condicionando sua atuação sob responsabilidade deste profissional [30]. Tal parecer gerou grande instabilidade e afetou ainda mais a identidade profissional da classe, o que resultou em grande mobilização. Neste contexto de insatisfação e incertezas, a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) entra em cena e realiza importantes eventos em prol da autonomia e regulamentação profissional. Vale lembrar que oportunamente na mesma época, o então presidente Costa e Silva foi acometido por um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e tendo sido atendido por um fisioterapeuta, colocou a profissão em destaque que juntamente

aos esforços da ABF, também contribuiu para a valorização e regulamentação da profissão [28].

O Decreto-lei 938/69 finalmente trouxe o reconhecimento profissional delimitando métodos e técnicas específicas à Fisioterapia [31], porém, a regulamentação da profissão veio somente seis anos após, por meio da Lei 6.316/75 com a criação do Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO) e seus respectivos conselhos regionais (CREFITO), dando por fim o status de nível superior e autonomia profissional à categoria [32]. Entretanto, a referida lei trouxe consigo grandes restrições no que tange à atuação profissional, delimitando suas ações com vistas a “restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” [31],[32] o que demonstra o molde biomédico-reducionista dado no processo de criação da profissão.

Dessa forma, percebe-se que se por um lado a Fisioterapia ganhou mais autonomia ao longo da história, por outro ela ainda ficou atrelada a dependência de um espaço físico, materiais e equipamentos específicos engessam a profissão e dificultam seu avanço para áreas não relacionadas ao tratamento de sequelas[33]. Tal realidade não contempla o SUS, pois é sabido que seu escopo traz a necessidade de uma visão integral, balizada por ações em diferentes níveis assistenciais e dentre as quais, a Atenção Primária a Saúde (APS) se destaca [34]. Cita-se neste âmbito a importância da Política Nacional para a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF), tal como a criação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) [35], para a organização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde dentro da RAS [17], [36].

Apesar de o fisioterapeuta compor as equipes do NASF [35], está longe de ser esta a área principal de atuação deste profissional, tendo em vista sua atuação de forma maciça em ambientes relacionados à alta densidade tecnológica, ou seja, ao ambiente hospitalar [14]. Panorama que mais uma vez aponta para a influência biomédica tradicionalmente recebida ao longo da história e que parece se perpetuar no processo formativo do aluno. O resultado são atuações profissionais fragmentadas que distanciam a Fisioterapia da APS [37], [38] e dificultam a assimilação e aderência ao modelo biopsicossocial [13].

Diante do cenário desafiador a respeito das dificuldades na formação dos recursos humanos em saúde, tornou-se clara a urgência de se repensar o ordenamento desta formação, de maneira que em 2001, o Ministério da Educação lançou as Diretrizes Curriculares

Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde [39]. Com vistas a um melhor alinhamento ao SUS e, portanto, às necessidades da população, as DCN representam um marco importante na formação acadêmica de modo que preconizam 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” [39].

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia (DCNF) datadas 2002 [40] buscam nortear os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) nos moldes da concepção ampliada de saúde, além de destacar a atuação dos profissionais no SUS [39-41]. O perfil profissional proposto pelas DCNF com foco em uma formação generalista, humanista e capaz de atuar em todos os níveis de complexidade [40] equivale a dizer que a fragmentação absoluta entre corpo e mente, a separação do interno e do externo, a desconexão entre o físico e psíquico [42] dificultam respostas a questões importantes no que se refere ao processo do adoecimento, quando temos como foco na saúde (e não na doença), conforme a gênese do modelo biopsicossocial.

No entanto, tendo em vista a atuação do fisioterapeuta voltada às práticas vinculadas ao processo reabilitador [14], [33], o perfil deste profissional parece estar aquém da formação generalista atuante em todos os níveis de complexidade, segundo preconizam as DCNF. Por conseguinte, convergindo ao postulado por outros estudos, observa-se a interferência da formação recebida na prática do profissional [20], logo, o modelo biomédico, uma vez predominante no processo de formação do aluno, é uma barreira para a inserção do profissional fisioterapeuta na APS.

3.2. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde

A abertura das duas primeiras escolas médicas do país, vindas por meio da família real portuguesa, em 1808, inaugura o advento do ensino superior no Brasil. Os cursos de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, até o final do século XIX, já haviam se firmado com escolas próprias. No século XX, especificamente na sua primeira metade e em detrimento da demanda pelas Ciências da Terra, surgiram os cursos de Veterinária e Agronomia. Cursos ligados às áreas da educação, a área social, de alimentação e ciências naturais são

representados pelos cursos de Educação Física, Serviço Social, Nutrição e Biologia. Já na segunda metade do século XX, surgiram os cursos de Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biomedicina e Fonoaudiologia, representando um crescimento exponencial das profissões ligadas à área da saúde no Brasil [43]. Nos últimos cinquenta anos, tendo em vista a expansão da área, o mercado acompanhou o crescimento nas ofertas de vagas na educação superior em saúde, consolidando o modelo biomédico hegemônico.

Como resultado da Reforma Universitária ocorrida em 1968, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) orientou a formulação de um currículo mínimo dos cursos a ser cumprido em um período definido, assim como sua carga horária, além de ser estruturado por disciplinas obrigatórias e complementares [44]. Esse modelo de currículo, claramente dicotômico, dividia o processo de ensino-aprendizagem em áreas básicas no início do curso voltada para disciplinas biológicas, e área profissionalizante ao final do curso, com o hospital como ambiente principal de práticas [43].

Desse modo, percebe-se a evidente influência do Relatório de Flexner, cuja base está firmada sob o aspecto curativista e biologicista dentro de um contexto imperativamente hospitalar. Os estudos de Araújo et al. (2007) apontam para a influência desse modelo flexneriano no perfil dos profissionais da área da saúde, que tendem às especializações precoces e utilização maciça de tecnologias, tanto diagnósticas quanto terapêuticas para sua atuação [45].

Nesse panorama de oferta excessiva de vagas, proposta pela Reforma Universitária, havia outra mobilização em prol da medicina integral, também chamada preventiva, focada no reconhecimento das necessidades de saúde da população, fazendo dessa forma, um contraponto aos moldes flexnerianos. Contudo, tal movimento não conseguiu repercussão suficiente, posto que a medicina preventiva se tornou apenas uma mera coadjuvante na composição curricular dos cursos, não atingindo mudanças significativas na jornada formativa da área da saúde [43].

Os pressupostos ideológicos da medicina preventiva concomitantemente ao movimento sanitário trouxeram à tona a importância de se repensar a formação em saúde como sendo fundamental para a efetiva implantação de um sistema pautado na universalidade e integralidade [46]. Este panorama crítico do ensino reducionista juntamente às insatisfações e mobilizações sociais descritas formam o pano de fundo para a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS.

Tendo em vista que a Constituição abrangeu de forma ampla as questões relacionadas à educação como, por exemplo, a gratuidade do ensino médio e superior, fez-se necessário um reordenamento de todo esse contexto educacional por meio da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [47]. A nova LDB, por sua vez, extinguiu o currículo mínimo até então vigente no país e viabilizou a criação das DCN [39], que figuram como o principal instrumento norteador dos Projetos Pedagógicos dos cursos superiores em saúde.

As DCN representaram uma quebra de paradigma no que concerne ao enfraquecimento do modelo biomédico, tendo em vista que propõem outra perspectiva de atuação, com foco na integralidade da assistência, na ruptura de currículos rígidos e dicotomizados e na visão coletiva do cuidado. Assim, o aluno será conduzido a desenvolver habilidades e competências em cenários que favoreçam sua aprendizagem voltada para o modelo biopsicossocial [18], [48].

Em uma construção conjunta, visando a formulação de propostas relacionadas às novas DCN, em 1997, o Ministério da Educação (MEC) por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), publicou um edital de chamamento as IES, a fim de que participassem das discussões e apresentassem suas contribuições. Analisadas inicialmente por uma comissão composta por 38 especialistas, as orientações enviadas para a elaboração das DCN também passaram pelo crivo da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação que com intuito de enriquecê-las apontou algumas dimensões em sua estruturação, a saber: Perfil do Egresso; Competências e habilidades; Conteúdos curriculares; Organização dos cursos; Acompanhamento e Avaliação. Por fim, decidiu-se por uma linguagem comum na orientação dos diferentes cursos da saúde [49] estabelecendo como objeto das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. [40]

E como objetivo:

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. (p.4)

Finalmente, após todo processo descrito, o CNE aprovou as DCN entre os anos de 2001 e 2004, se firmando como o documento oficial e orientador dos cursos de graduação da área da saúde. Inicia-se aí o marco legal com vistas a romper a estrutura dos currículos mínimos e com um perfil do egresso voltado ao modelo biopsicossocial. Ainda, a partir deste momento preconiza-se a formação de um profissional generalista – o que equivale a dizer não especialista –, na não linearidade do processo saúde-doença, mas antes voltado à tridimensionalidade do ser e a todas as potencialidades do indivíduo, independente da sua condição de saúde [46].

3.2.1 A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia (DCNF).

O primeiro currículo do curso de Fisioterapia foi instituído por meio da Portaria 511 de 1964 do então Conselho Federal de Educação (CFE). Sabendo que a profissão obteve reconhecimento em 1969 [31] como apontado anteriormente, tal currículo foi criado, portanto, antes do seu reconhecimento legal. De acordo com Freitas (2006) fica evidente neste currículo a influência flexneriana onde preconizava-se a formação em três anos com disciplinas voltadas unicamente ao ato técnico-reabilitador sendo as tais: História da Reabilitação, Fisioterapia Aplicada, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral, Fundamentos da Fisioterapia e Ética [28].

Já em 1983, tem-se o segundo currículo do curso, instituído pela Resolução 04/83 do CFE que, apesar de trazer alguns avanços em relação ao primeiro, como ampliação da carga horária mínima com conseqüente aumento no tempo da duração do curso, ainda se apresentava dicotômico. Assim sendo, se caracterizava como um currículo fragmentado em ciclo básico e ciclo profissionalizante, em que as disciplinas não contemplavam aspectos de prevenção e promoção da saúde, além de supervalorizar o cenário clínico-hospitalar. Dessa forma, ressalta-se persistência da influência flexneriana frente a nítida fragmentação dos saberes, especializações precoces e desarticulação com a integralidade do cuidado [28]. Nesse contexto, trazendo para os dias atuais, vale citar alguns estudos cujos achados demonstram a importância da inserção do modelo biopsicossocial no processo de formação do aluno [13], [19], [50] caminho pelo qual será possível a ruptura da visão biologicista do processo do cuidado.

Neste ínterim de hegemonia do currículo mínimo, dezenove anos se passaram até a chegada das Diretrizes Curriculares Nacionais em Fisioterapia (DCNF), datada de 19 de fevereiro de 2002 [40]. Indubitavelmente, as DCNF representaram um marco importante no ordenamento curricular dos cursos de Fisioterapia ao abarcar questões até então vilipendiadas. Desse modo, nas DCNF, o aluno é norteado para um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, contemplado pela interdisciplinaridade e pela integralidade do cuidado das necessidades da população em todos os níveis assistenciais [40], escopo que contrasta com os dois currículos anteriores do curso.

As DCNF foram elaboradas segundo a contribuição de vários atores entre eles as entidades representativas da profissão, o sistema CREFITO e COFFITO, docentes e representantes de cursos de Fisioterapia [28] convergindo esforços para ações voltadas à prevenção e promoção da saúde, alinhando a visão epidemiológica ao conhecimento técnico com uma abordagem holística [51].

Silva e Silveira (2011) defendem que a formação humanista proposta pelas DCNF transfere o rótulo do paciente para uma visão tridimensional do indivíduo enquanto pessoa, demonstrando postura ética e de valorização do cidadão [25]. Este perfil humanista aliado às habilidades e competências elencadas nos artigos 4º e 5º das DCNF em especial no que diz respeito ao desenvolvimento de ações em todos os níveis de assistência (DCNF) – e não somente voltado à reabilitação – parece ser uma tentativa clara de desvincular a Fisioterapia de sua atuação majoritária nos ambientes da Atenção Secundária e Terciária e aproximá-la da Atenção Primária à Saúde. Ademais, é importante ressaltar que as DCNF deslocam a Fisioterapia de uma posição como que “isolada” no contexto da saúde para outra em que o fisioterapeuta passa a ser agente ativo no processo do cuidado de forma a interagir não só inter, mas multi e transdisciplinarmente com os outros profissionais da saúde [51].

Em contraste com os currículos de 1964 e 1983, as DCNF trazem em seu Artigo 6º a ruptura de disciplinas rígidas. Por conseguinte, a trajetória discente é dada a partir de orientações sobre os conhecimentos necessários à sua formação, estruturados em quatro blocos de conteúdo, a saber: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais e Humanas; Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos [40]. Dessa maneira, percebe-se um esforço por parte das DCNF na tentativa de neutralizar a influência flexneriana, historicamente presente na construção dos currículos de Fisioterapia. No entanto, os estudos de Borges (2018) demonstraram que mesmo em detrimento de tais Diretrizes,

ainda há resquícios – se não forte interferência – dos padrões flexnerianos nos PPCs de Fisioterapia. Seus achados apontaram para uma distribuição desigual das cargas horárias das disciplinas, as quais priorizaram o bloco dos Conhecimentos Biotecnológicos e especializados da Fisioterapia em detrimento do bloco das Ciências Sociais e Humanas, por exemplo. O mesmo estudo constatou traços do currículo mínimo de 1983 (caracterizado em Ciclo Básico e Ciclo Profissionalizante) em PPCs atuais [50].

Sob esse foco, os estudos de Albuquerque et al. (2009) também demonstraram que os currículos da maioria dos cursos da área da saúde não possuem nenhuma articulação entre os blocos de suas disciplinas, com supervalorização daquelas relacionadas aos conhecimentos biológicos quando comparadas às humanidades. Realidade que produz fragmentação do conhecimento e desvalorização do contexto pessoal e socioambiental do processo saúde-doença [52].

Quanto à questão das DCNF orientarem o egresso a uma formação com vistas a atender ao sistema de saúde vigente no país, Almeida (2013) traz algumas ponderações importantes conforme citação abaixo [2]:

Ora, pois não é o SUS o Sistema de Saúde vigente? Por que então não mencioná-lo como tal? Este detalhe na redação das DCNF e de outros cursos de saúde em não destacar o SUS remete a uma posição descrente quanto a legitimação e fortalecimento do mesmo (p.37).

Dessa forma, percebe-se uma lacuna que parece existir no que diz respeito à valorização do SUS dentro das próprias DCNF. O que pode interferir também na sua apropriação por parte dos alunos, tendo em vista seu anonimato em um documento, cujo perfil do egresso se propõe a atender às necessidades de saúde da população. Ainda sobre o SUS, a mesma autora destaca o artigo 13º das DCNF, que reza no Inciso I sobre a realização de práticas desde o início do curso, desvinculando o currículo dicotomizado utilizado há anos. É sabido o alinhavo das DCNF no que tange à realização das práticas de maneira gradual e paulatina, equalizadas com as habilidades e competências adquiridas ao longo do processo. Porém, no Inciso II do mesmo artigo, as DCNF trazem a própria IES como ambiente dessas práticas e, na impossibilidade, deverão ser realizadas em instituições conveniadas. A autora afirma que assim, mais uma vez o SUS não é contemplado, pois o documento estimula a prática dentro de um ambiente controlado que não reflete a realidade do contexto de saúde da população [2].

Com os contrapontos apresentados, percebe-se que as DCNF precisam ser aprimoradas apontando para a necessidade de sua reformulação, conforme o tópico a seguir.

3.2.2 A Reformulação das DCNF

Como visto, sendo as DCNF datadas há 19 anos, é ponto pacífico a necessidade de sua reformulação com o intento de acompanhar os avanços técnicos, científicos, pedagógicos, epidemiológicos e sociais da profissão [48]. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) vem, desde 2005, propondo discussões a respeito das DCNF por meio de consultas públicas e fóruns a fim de aprimorá-la e cada vez mais deixá-la equalizada ao SUS e ao modelo biopsicossocial [53].

Em 2015, a ABENFISIO firma parceria com o Ministério da Educação (MEC/INEP) e potencializa as discussões acerca da revisão e reformulação das DCNF. Em 2016, une forças com o sistema CREFITO/COFFITO, instituem a Comissão da Análise e Proposta de Reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Fisioterapia, por meio da Portaria 45/2016 [53].

Ainda em 2016, a ABENFISIO trouxe como tema central de seu Congresso “A atenção Integral à Saúde e a formação do fisioterapeuta: Reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais como Estratégia para (Re)qualificação dos Processos em Saúde”, trazendo em painel, os resultados parciais das oficinas anteriormente realizadas. Em novembro do mesmo ano, a ABENFISIO e o COFFITO encaminham o projeto de reformulação das DCNF ao Conselho Nacional de Educação (CNE) e à Secretaria de Ensino Superior (SESu) [53].

Entre maio e junho de 2017 foi então apresentada a minuta das propostas das novas DCNF para consulta pública, retratando novas dimensões e domínios, balizando a atuação do fisioterapeuta junto ao SUS. O encaminhamento da minuta das novas DCNF ao CNE dependem dos trâmites legais de todo processo que envolvem ainda mais audiências, resolução até a homologação pelo MEC, e nessa fase, terminou o trabalho da Comissão de Análise e Proposta de Reformulação das DCNF, cabendo ao CNE e ao MEC a tramitação do processo [53].

Fechando todo contexto das reformulações das DCNF apresentadas, a ABENFISIO promoveu em setembro de 2017, o IV Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, que

teve como tema central: “A formação em Fisioterapia: implicação para o acesso à atenção integral e resolutiva em saúde” e como painel principal “DCN: o que construímos e o que recomendamos”[53], apontando assim para a consolidação de árduo, porém, produtivo trabalho, cujos frutos poderão ser colhidos no futuro por meio de práticas mais integrativas, resolutivas e humanizadas dos futuros profissionais, já que o berço de (in)formação dos recursos humanos em Fisioterapia – as IES – estarão melhores equalizadas às necessidades do indivíduo, da população e do nosso sistema público de saúde, o SUS.

Por outro lado, faz-se necessário grifar que não basta apenas a reformulação das DCNF em si, se a “leitura” continuar a mesma por parte dos pares envolvidos e não superar o caráter curativista e biomédico arraigado a profissão [48]. Assim, as IES têm papel fundamental nesse processo, uma vez que ao anelarem de forma prática o modelo biopsicossocial em seus PPCs, poderá representar a quebra de paradigma entre o modelo biomédico e o biopsicossocial [19].

Trazendo o contexto da CIF para as DCNF, cita-se os estudos de Andrade (2010) que demonstraram correlação entre as competências e habilidades propostas pelas DCNF ao conteúdo desta Classificação. Sendo a CIF delineada pelo modelo biopsicossocial, o estudo contribui com a temática e a coloca em merecida posição de destaque nas referidas Diretrizes [54].

É importante salientar, no entanto, que apesar da urgência na implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, por conta da pandemia da Covid-19, essa implantação deverá ser postergada conforme o parecer CNE/CES nº 498/2020, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelas IES e por toda comunidade acadêmica no reconhecido estado de calamidade pública enfrentada atualmente [55].

3.3 O Relatório de Flexner, o modelo biomédico e sua influência no contexto da Fisioterapia

A Era Renascentista compôs o cenário de criação do modelo biomédico, da qual a cientificidade, característica do período firmou-se, trazendo consigo tal modelo. A visão reducionista do corpo como uma máquina cujas engrenagens poderiam ser desconectadas foi dada por René Descartes, filósofo responsável pela imperativa hegemonia do modelo biomédico, vista até hoje. O raciocínio médico e a fragmentação do todo eram o caminho segundo Descartes, na busca do conhecimento legítimo [56].

As generalizações dadas partindo desta percepção biologicista acabou por reduzir o processo do adoecimento e dificultar a compreensão da ciência, influenciando a área da saúde (ainda nos dias atuais) na compreensão do todo. Por outro lado, também é preciso reconhecer os esforços de algumas instituições quanto a subsidiarem um processo formativo sob a luz da CIF e do modelo biopsicossocial [57],[58]. Entretanto, o que se percebe em geral quanto à formação acadêmica é que a abordagem dada à doença é conduzida de uma maneira tal que somente os processos que podem ser diretamente vistos ou medidos parecem ser considerados [14].

Dentro deste cenário histórico, cita-se aquele que é considerado o principal responsável pela consolidação do modelo biomédico: Abraham Flexner. Em 1908, Flexner publicou seu primeiro livro intitulado *The American College: a criticism*, cujo conteúdo criticava o sistema educacional norte-americano. A partir desta publicação, Henry Pritchett, presidente da Carnegie Foundation, lançou um convite a Flexner para que realizasse um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos. Flexner então iniciou uma trajetória de visitas a 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá cujo objetivo era avaliar a qualidade de tais instituições. Após as observações feitas num total de 180 dias de visitas, em 1910 publicou o famoso Relatório de Flexner, cujo conteúdo trouxe impactos evidentes: o número de escolas médicas nos Estados Unidos passou de 131 para 81, rotulando muitas delas como a “mancha do país em relação à formação médica” [59]. Cinco de sete escolas para negros foram fechadas, assim como três destinadas às mulheres e dezesseis escolas homeopáticas encerraram-se e se transformaram em biomédicas [59],[60].

É certo que o Relatório de Flexner é passível de profundos questionamentos, tendo em vista o curto período de tempo envolvido até sua publicação, não havendo qualquer tipo de padronização na coleta de dados. Todavia, seu relatório se tornou o principal instrumento de validação da qualidade das escolas nos Estados Unidos e Canadá, com impactos diretos no mundo ocidental. Não obstante, algumas recomendações propostas por Flexner em seu relatório são legítimas como a necessidade de laboratórios adequados, o rigoroso sistema de admissão de alunos e a descentralização do professor no processo de ensino-aprendizagem. Outras, como a divisão do currículo em ciclo básico e profissionalizante e a priorização absoluta do hospital para as práticas em saúde fundamentam em definitivo o modelo biomédico [59].

Citando as próprias palavras de Flexner, “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de maneira individual e concreta” traduz claramente a visão linear e biologicista do adoecimento, por isso, o modelo biomédico é também chamado por alguns autores de “modelo flexneriano” [59]. Dessa forma, os impactos advindos por meio do Relatório de Flexner há cerca de 100 anos, influenciaram o ordenamento da formação em saúde a uma visão biomédico-reducionista do processo saúde-doença que são perpetuadas até hoje.

Tendo em vista o contexto exposto, é sabido a urgente necessidade de um novo ordenamento na formação dos profissionais de saúde, cujos esforços há décadas vêm sendo feitos em prol de mudanças substanciais no cenário da educação superior em saúde [61]. Entre eles citam-se a Constituição Brasileira que postula que a educação visa o desenvolvimento da pessoa em sua plenitude, devendo o ensino ser norteado por um pluralismo de ideias e concepções pedagógicas; a LDB [47] por viabilizar transformações nos diversos níveis da educação brasileira, além das profundas mudanças advindas das DCN no ensino da saúde [39]. Legalmente, tais documentos indicam a tentativa do rompimento do ensino tradicional e vislumbram uma quebra de paradigmas entre o modelo biomédico e o biopsicossocial [2].

Há de se pensar mais profundamente sobre o modelo de ensino tradicional, uma vez que este é definido pela presença do professor como ator principal no processo de ensino-aprendizagem, quando na verdade, o aluno deveria ser o protagonista. Outrossim, quando o domínio do conhecimento é centrado no professor, o aluno assume um papel meramente passivo e a assimilação do conhecimento se torna volátil [61]. É a chamada educação bancária, advinda mediante uma narrativa estática, não criativa e que se limita apenas a depositar conhecimentos sem que o saber seja realmente estabelecido [62]. Aqui faz-se necessário destacar que este tipo de educação, produzida pelo monólogo da experiência narrada e não pela experiência vivida [15],[62] dificulta sobremaneira o desenvolvimento do perfil crítico e reflexivo conforme proposto pelas DCN.

Portanto, é evidente que o ensino pautado em currículos dicotômicos, em disciplinas engessadas e com o professor como figura central na transmissão do conhecimento mais que ultrapassado, é improdutivo e ineficaz [15]. Dentro dessa ótica, Pontes et al. (2006) defendem que para se formar um profissional cujo perfil esteja alinhado ao preconizado pelas DCN, há de se buscar um novo modelo pedagógico e educacional com vistas à humanização e à integralidade do cuidado [63]. Assim sendo, torna-se relevante a discussão acerca da

responsabilidade das IES em todo este panorama, posto que são as formadoras dos recursos humanos na saúde [18]. Sob essa lógica, é preciso que a relação IES-aluno-profissional seja fortalecida para que as necessidades de saúde da população sejam realmente atendidas, convergindo com as diretrizes do SUS e com as DCNF.

O caminho pedagógico a ser seguido dentro deste panorama paradigmático do ensino em Fisioterapia pode ter com uma grande aliada, as metodologias ativas, também contempladas pelas DCNF. A aprendizagem significativa, a descentralização da figura do docente enquanto detentor absoluto do saber e a aproximação do aluno das necessidades reais da sociedade podem diminuir sobremodo o hiato aparente no processo formativo discente [61].

Aqui vale o retorno a Flexner por ter sido um forte opositor da aprendizagem por mera memorização e defensor inveterado de práticas no mundo real de trabalho [64], há ainda quem o coloque como o precursor das metodologias ativas [65]. Controvérsias à parte, fato é que considerar situações problematizadoras, lançar o aluno a desafios de modo a tirá-lo de sua zona de conforto, dá significado ao aprendizado e dinamismo no processo ensino-aprendizagem, o que, por conseguinte, coloca ambos – aluno e professor – como sujeitos ativos do processo [62],[63].

Isto posto, aproximar as estratégias dialógicas propostas pelas metodologias ativas para o universo da Fisioterapia, tão enraizada nos moldes reducionistas, parece ser de extrema pertinência. Desse modo, os cenários do SUS deveriam ser considerados pelas IES como o ambiente prioritário na execução das metodologias ativas, haja vista possibilitarem situações de vida real que colocam o estudante em contextos desafiadores [2]. Alinhando com as DCN, não seria esse o ambiente ideal para que o aluno tenha uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de complexidade dentro de uma visão integral?

É certo que há um longo caminho a ser percorrido em busca da transposição do método tradicional de ensino. Apesar dos importantes passos que já foram dados, faz-se necessário mais que mudanças pontuais, antes é preciso que haja uma transformação em como se dá a construção do conhecimento, de maneira que o saber técnico fique equalizado à prática pedagógica [48], [61]. Nesse sentido, entendendo a indissociabilidade no binômio saúde-educação, o Ministério da Saúde implantou em 2004 a Política Nacional em Educação Permanente na Saúde com vistas a ordenar a formação dos recursos humanos nesta área [66].

As metodologias ativas são comumente utilizadas na Educação Permanente em Saúde (EPS), principalmente no ambiente da Atenção Primária, trazendo resultados significativos no processo ensino-aprendizagem ao oferecer um ambiente problematizador ao mesmo tempo que aproxima o aluno das necessidades reais da comunidade, humanizando suas ações. Dessa maneira, o aluno é levado a desenvolver um olhar ampliado e integral à saúde com uma abordagem resolutiva, atendendo assim as diretrizes do SUS [67].

Entretanto, o docente em Fisioterapia também precisa aprender a ensinar. Isso quer dizer que, muitas vezes, ele não foi preparado para a docência, de maneira que não raro é um mero repetidor da bagagem biomédica que previamente adquiriu. É uma mudança de paradigma em que todos os atores precisam estar efetivamente envolvidos: as instituições de ensino, os docentes da saúde, os profissionais e gestores dos serviços, todos em uníssono na busca por reais transformações do ensino na saúde [2].

3.4 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

O conceito utópico de saúde como sendo o completo bem-estar físico, mental e social proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 e amplamente criticado, ganhou em 1977, a perspectiva de Christopher Boorse, que também foi igualmente contestado [68]. Baseado na Teoria Bioestatística da Saúde (TBS), Boorse conceituava a saúde como a ausência de doença, dentro de uma mera normalidade estatística relacionada à função biológica. Dessarte, o raciocínio proposto pela Teoria Boorsiana definia a doença com um conceito puramente teórico sendo a enfermidade sua equivalente prática, dando à saúde duas definições pejorativas: O oposto de doença – saúde teórica – e oposto de enfermidade – saúde prática [69] o que não contempla a visão ampliada de saúde.

É sabido que o conceito de saúde deve englobar todo um contexto econômico, social, político e cultural. Ainda, seus reflexos não são lineares, ao contrário, são codependentes das experiências e valores individuais. Consequentemente, o estado de saúde de um indivíduo pode não ser o mesmo para outro, na mesma condição de saúde [70].

Admitindo a complexa interação e a multidimensionalidade dos componentes que envolvem o processo saúde-doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), representando o

início de uma nova era na prática clínica dos profissionais de saúde [71],[72].

3.4.1 A trajetória histórica da implementação da CIF

Tendo em vista as instabilidades evidentes no que tange aos conceitos de saúde, desde 1972 a OMS vinha tentando encontrar uma forma de relacionar a doença com suas consequências. Tais esforços culminaram, em 1980, na *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* – ICIDH, traduzida para o português como Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Inicialmente testada em pesquisas, foi chamada ICIDH 2 após ser implantada em serviços de reabilitação em 1993 [72].

Ainda apontando algumas fragilidades entre as quais citam-se a ausência de relação entre suas dimensões e a perspectiva linear do processo do adoecimento, em 1996, a OMS iniciou uma nova revisão da ICIDH com a colaboração de países da América do Norte e da Europa. A partir deste momento, outras versões seriam criadas e validadas até que pudessem ser apresentadas à Assembléia Mundial de Saúde. Finalmente, após a fase de testes em mais de 50 países com o engajamento de mais de 1800 profissionais, em 22 de maio de 2001 a 54ª Assembleia Mundial de Saúde apresenta a nova classificação com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF [72], esta sim, abrangendo os fatores ambientais e sociais no processo saúde-doença [7], [68], [72].

A resolução OMS 54.21 de 2001 [6] representa o marco legal da CIF, com improtelável uso pelos países membros. No Brasil, a CIF foi apresentada em 2003, depois de ser traduzida para o português [73]. Nesse panorama, o COFFITO alinhado à importância desta Classificação para a classe, publica a Resolução 370 de 2009, dispondo sobre o uso da CIF pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais [10]. Por fim, em 2012 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou o uso da CIF no SUS e na saúde suplementar por meio da resolução CNS 452 de 10 de maio de 2012 [11].

3.4.2 CIF: Por que e para quê?

A CIF com seu escopo norteado pelo modelo biopsicossocial transfere o foco da causa da doença para suas implicações na qualidade de vida dos indivíduos, enfatizando a funcionalidade como um componente da saúde [72]. Assim sendo, como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, Décima Revisão (CID-10) fornece uma estrutura etiológica da doença, a CIF abarca os impactos acerca da funcionalidade e incapacidade relacionados aos estados de saúde. Dessa forma, a CID e a CIF complementam-se e oferecem um conjunto de informações valiosas relativas ao processo do adoecimento e seus impactos dentro de um contexto internacional e, portanto, possibilitam maior riqueza de dados sobre o estado de saúde da população [7], [74].

Vale lembrar que a CID-10, atualmente vigente, já tem uma nova versão, resultado de um empenho sem precedentes de profissionais da saúde que ao todo enviaram a comissão da CID/OMS mais de dez mil propostas de revisão. Acompanhando as mudanças ocorridas na última década, de modo a atualizar a visão dos novos padrões de doença pela primeira vez em formato completamente eletrônico, foi lançada na Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2019, e entrará em vigor em primeiro de janeiro de 2022 [75].

Segundo a OMS (2003), a CIF apresenta os seguintes objetivos [7]:

- 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...e serviços e em diferentes momentos;
- Fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (p.18).

Por conseguinte, a CIF possui importância legitimada, podendo ser utilizada como [7]:

- Ferramenta estatística – na coleta e registro de dados em estudos populacionais e pesquisas ou em sistemas de gerenciamento de informações;
- Ferramenta de pesquisa – para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais;
- Ferramenta clínica – na avaliação das necessidades, na compatibilidade dos tratamentos com condições específicas, avaliação vocacional, reabilitação e avaliação de resultados;
- Ferramenta de política social – no planejamento dos sistemas de previdência social, sistemas de compensação e projeto e implementação de políticas públicas;
- Ferramenta pedagógica – na elaboração de programas educativos, para aumentar a conscientização e realizar ações sociais (pp.18-19).

À vista disso, quando remetemos à conjuntura das mudanças no perfil de morbimortalidade da população representado pelas condições crônico-degenerativas que impactam diretamente sobre a funcionalidade do indivíduo [5], [72], [76], a CIF se apresenta como uma importante ferramenta em prol de um olhar ampliado de saúde, tão requerido nos últimos tempos. Esta visão abrangente sobre o processo do adoecimento exige mais do que os indicadores relacionados à morbimortalidade e nutrição usados até o momento, nesse âmbito, Stucki (2017) defende a funcionalidade como sendo o terceiro indicador de saúde [5]. Em consequência, com o progressivo aumento da expectativa de vida dos brasileiros, passa ser imperativo o uso da CIF, uma vez que o processo do envelhecimento naturalmente traz consigo repercussões em maior ou menor grau sobre a funcionalidade [72].

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF), ancorada aos princípios da CIF, endossa a necessidade de uma abordagem transversal às políticas sociais já existentes, em especial a saúde do trabalhador, da mulher, do idoso da criança e do adolescente a fim de preparar a sociedade para receber em um futuro próximo, pessoas com algum nível de incapacidade [77]. A PNSF define Saúde Funcional como sendo:

Saúde Funcional é o estado de funcionalidade e de bem-estar individual e das coletividades, em todos os ciclos de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania.

Percebe-se que a PNSF traz uma perspectiva positiva da condição de saúde, convergindo com a CIF. Nesse ponto, Buchalla (2003) enfatiza o importante papel da CIF em tirar o foco dos aspectos negativos do processo do adoecimento para uma visão positiva, motivo que trouxe em sua nomenclatura os termos *funcionalidade* e *saúde*, tirando o holofote da doença [72]. Além disso, o uso dessa Classificação e do seu modelo biopsicossocial pode significar um reordenamento da formação em saúde, incrementando o trabalho multidisciplinar que trará consequências diretas e positivas sobre as condições de saúde da população [19].

Entretanto, para que este panorama se torne uma realidade, as IES, os alunos, os profissionais, os gestores e usuários precisam se apropriar dos princípios que nortearam o desenvolvimento da CIF, que segundo Üstün (2002) são essenciais para sua aplicação [78], a saber:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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.

3.4.3 Modelo médico, social e biopsicossocial na perspectiva da CIF

O modelo médico postula a incapacidade como um problema vindo unicamente da doença em si, seja por um trauma ou outro problema de saúde, cuja solução requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à diminuição dos impactos acerca da incapacidade têm por objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento. Nesse modelo, a assistência médica é considerada como a questão principal e intransferível e em nível político, a principal resposta é a modificação das políticas de saúde [7].

Já o modelo social, encara a incapacidade como um problema social e não necessariamente como um atributo do indivíduo, mas advém de uma interação complexa com o meio. Nesse padrão, a incapacidade demanda uma resposta política e coletiva, uma vez que o problema é criado a partir da sociedade [7]. Por si só, ambos os modelos são falhos, mesmo que parcialmente válidos [68].

Incapacidade por sua vez, se traduz como sendo uma interação complexa envolvendo a condição ou estado de saúde do indivíduo com as circunstâncias em que ele vive, incluindo o aspecto pessoal e ambiental. Dessa forma, o ambiente pode causar diferentes impactos sobre a sua condição de saúde e, portanto, diferentes níveis de incapacidade. Em outras palavras,

sendo a incapacidade o espectro negativo da funcionalidade, o produto será a relação entre as condições da saúde da pessoa e o contexto geral em que vive [7].

Assim sendo, a CIF representa a nova perspectiva para se pensar e trabalhar a incapacidade e a deficiência, por considerar que ambas não resultam necessariamente das condições de saúde em si, antes são determinadas pelos fatores contextuais – sob o aspecto ambiental, cultural, social, pessoal e atitudinal das diversas percepções em relação à própria condição de saúde, bem como ao acesso aos serviços de saúde e políticas públicas [74].

A fim de se obter a integração das várias perspectivas da funcionalidade, a CIF baseia-se na junção dos dois modelos, o médico e o social, denominado pela OMS como biopsicossocial ou integrador. Tal modelo é usado para se obter uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) [73], [79]. Ainda, a abordagem biopsicossocial contempla o princípio da universalidade da CIF, logo, esta classificação deve ser igualmente aplicada a todas as pessoas e não somente àquelas com algum tipo de déficit [7], [73], [80].

3.4.4 CIF: Estrutura e definições

A estrutura da CIF é organizada em duas partes: a primeira se relaciona com a funcionalidade e incapacidade. É subdividida em funções e estruturas do corpo, atividades e participação. A segunda parte abrange os fatores contextuais, contemplada pelos fatores ambientais e pessoais [7], [72]. Por esse motivo, a CIF considera que cada uma das suas dimensões – funções e estruturas do corpo; atividade e participação social, ademais de fatores ambientais – se interrelacionam de modo multidimensional, descaracterizando a linearidade do processo do adoecimento próprio do modelo biomédico.

A CIF é útil num âmbito muito abrangente de aplicações e em diversas áreas como em segurança social, na avaliação da gestão dos cuidados de saúde, em inquéritos à população a nível local, nacional e internacional. Oferece uma estrutura conceitual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoal, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, remove ou atenua as barreiras sociais e estimula a atribuição de apoios e de facilitadores sociais. É também uma importante ferramenta no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto no âmbito da avaliação como de formulação de políticas [7].

A seguir, o esquema da interação entre os componentes da CIF:

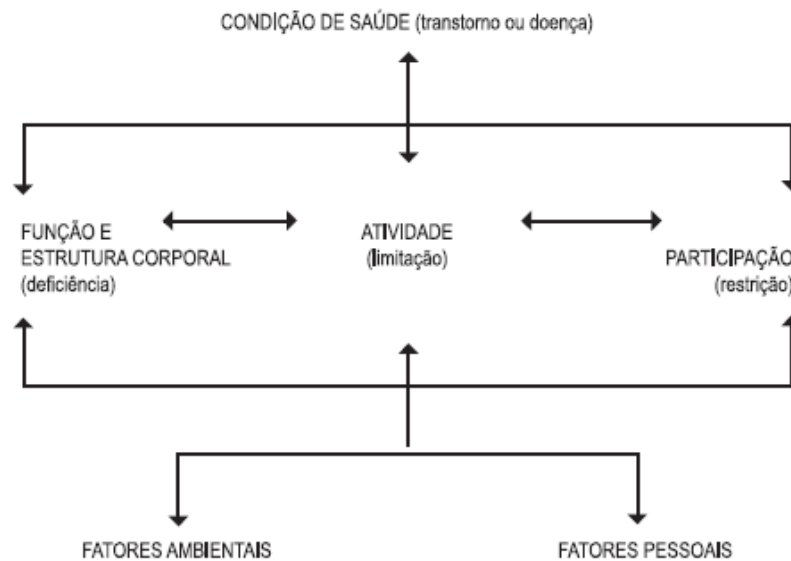


Figura 1. Interações entre os componentes da CIF
Fonte: OMS (2003).

Percebe-se na figura 1, que setas chegam e saem de todos os componentes da CIF, indicando a multidirecionalidade do modelo biopsicossocial [73].

3.4.5 Detalhando as funções, estruturas do corpo e deficiências

Como visto, a CIF se apresenta em duas partes, cada uma com dois componentes: A parte 1 abrange os aspectos da funcionalidade e incapacidade, sendo subdividida em funções do corpo (representada pela letra “b” de *body*) e estrutura do corpo (representada pela letra “s” de *structure*). A parte 2 da CIF abrange os fatores contextuais, representados pelos fatores ambientais (representados pela letra “e” de *environment*) e pelos fatores pessoais [7], assim:

- As funções e as estruturas do corpo são classificadas em duas seções diferentes. Essas duas classificações estão concebidas de forma a serem utilizadas em paralelo. "Corpo" refere-se ao organismo humano como um todo [...]. As funções mentais são portanto, incluídas nas funções do corpo.
- As deficiências de estrutura podem consistir numa anormalidade, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão das estruturas do corpo [...]. Do ponto de vista médico, deve-se ter em mente que as deficiências não são equivalentes às patologias subjacentes, mas sim a manifestações dessas patologias.
- As deficiências correspondem a um desvio relativo ao que é geralmente aceito como estado biomédico do corpo e das suas funções.
- As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas [...].

- As deficiências não têm uma relação causal com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram [...]
- As deficiências são mais amplas e mais abrangentes em seu escopo do que distúrbios ou doenças. Por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não um distúrbio ou uma doença.
- Algumas categorias do componente Funções e Estruturas do Corpo e as categorias da CID-10 parecem sobrepor-se, principalmente no que se refere aos sintomas e sinais. No entanto, os propósitos das duas classificações são diferentes[...].
- As deficiências são classificadas nas categorias apropriadas utilizando-se critérios de identificação definidos. Esses critérios são os mesmos para as Funções e Estruturas do Corpo. Eles são: perda ou ausência; redução; aumento ou excesso e desvio...que pode ser graduada em termos de gravidade utilizando-se o qualificador genérico da CIF.
- Os fatores ambientais interagem com as funções do corpo, como por exemplo, a qualidade do ar e a respiração, a luz e a visão, os sons e a audição [...] (pp. 25-27).

3.4.6 Detalhando as Atividades e Participação

Segundo o escopo da CIF, estes termos são assim apresentados:

- Os domínios do componente Atividades e Participação estão incluídos numa lista única que engloba a totalidade das áreas vitais. O componente pode ser utilizado para descrever as atividades, a participação ou ambas. Os domínios deste componente possuem dois qualificadores de desempenho e capacidade;
- 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 por meio dos componentes Fatores Ambientais;
- O qualificador de capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este visa indicar o provável nível máximo de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento [...]. A diferença entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos do ambiente, proporcionando assim uma orientação útil sobre o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho;
- 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 (pp 27-28).

3.4.7 Detalhando os Fatores Contextuais

Representados pelos fatores ambientais e pessoais, estão assim definidos na CIF:

- Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal, no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho [...] e capacidade. Os fatores Ambientais interagem com os componentes das Funções e Estruturas do corpo, as Atividades e a Participação[...]

- Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo. Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho [...].

- Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo[...] Esses fatores podem incluir o sexo, raça, idade, estilo de vida, hábitos, educação recebida, profissão [...] Os fatores pessoais não são classificados na CIF. No entanto, eles são incluídos no escopo da CIF para mostrar a sua contribuição, que pode influenciar os resultados das várias intervenções (pp 30-31).

O Quadro 1 mostra um resumo dos principais termos usados na CIF com sua respectiva definição:

Quadro 1. Principais termos e definições usados na CIF.

TERMO	DEFINIÇÃO
FUNÇÕES DO CORPO	São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas.
ESTRUTURAS DO CORPO	São as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
DEFICIÊNCIAS	São problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio importante ou uma perda.
FUNCIONALIDADE	É a interação complexa entre a função e estrutura do corpo e os fatores contextuais, como os ambientais e pessoais.
INCAPACIDADE	Engloba as deficiências, a limitação de atividade e a restrição de participação – é o aspecto negativo da funcionalidade.
ATIVIDADE	É a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
PARTICIPAÇÃO	É o envolvimento em uma situação de vida.
LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE	São dificuldades que o indivíduo pode enfrentar na execução da atividade.
RESTRICÇÃO DE PARTICIPAÇÃO	São os problemas que o indivíduo pode experimentar no envolvimento das situações da vida.
FATORES CONTEXTUAIS	Referem-se aos fatores ambientais e pessoais.
FATORES AMBIENTAIS	Constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem. Podem ter impactos positivos (facilitador) ou negativos (barreira) sobre o desempenho, a capacidade, estrutura ou função do corpo do indivíduo.
CAPACIDADE	Descreve a habilidade do indivíduo em executar uma tarefa ou ação. Indica o nível mais alto de funcionalidade de uma pessoa.
DESEMPENHO	Descreve o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual.
FATORES PESSOAIS	É o histórico individual da vida de um indivíduo. Inclui sexo, raça, idade, hábitos, caráter entre outros.

Fonte: OMS (2003).

3.4.8 O sistema de códigos da CIF

Diante das definições apresentadas é importante mencionar que a CIF possui um sistema de códigos que terão sentido somente na presença do seu qualificador. A função do qualificador é graduar a condição de saúde mediante sua magnitude. Assim, o qualificador poderá ser (0) indicando que não há problema, (1) indicando problema leve, (2) indicando problema moderado, (3) indicando problema grave, (4) indicando problema completo. Dessa forma, as funções do corpo representada pela letra “b” (*body*), as estruturas e funções do corpo pela letra “s” (*structure*) e atividade e participação pela letra “d” (*domain*), deverão ter seu respectivo qualificador, colocado após o código (b), (s) ou (e). A utilização de qualquer código deve estar acompanhada de um qualificador. Sem ele, os códigos não têm significados [7].

Por fim, tendo em vista o exposto, as informações coletadas a partir do escopo biopsicossocial da CIF, por meio de suas categorias e respectivos qualificadores, além dos benefícios já mencionados, podem ser de grande ajuda no sentido de estabelecer metas ao tratamento e inclusive facilitar a articulação tão necessária entre a equipe multidisciplinar [19].

4 METODOLOGIA

A presente tese foi escrita em formato de dois artigos científicos em conformidade com as normas do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. O primeiro artigo intitulado *The ICF in the pedagogical projects of Physiotherapy courses in Midwest Brazil* foi publicado na revista *Fisioterapia e Movimento* [81]. As normas da referida revista bem como sua Qualificação Capes encontram-se respectivamente nos ANEXOS A e B. O artigo em questão tratou-se de um estudo quali-quantitativo por meio da análise documental dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Fisioterapia onde verificou-se o alinhamento desses documentos quanto modelo biopsicossocial bem como ao ensino da CIF durante a jornada formativa do discente.

O segundo artigo intitulado *Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: Uma menor demanda para a Atenção Básica*, tratou-se de um estudo exploratório descritivo e quantitativo que utilizou fontes de dados secundários do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e foi submetido à *Revista Ciência & Saúde Coletiva* conforme ANEXO C, cujas normas da revista bem como sua Qualificação Capes encontram-se respectivamente nos ANEXOS D e E.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As DCNF, os PPCs, a CIF e os postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas dentro da RAS

Conforme o parecer nº 776/97 do CNE/CES, os cursos de graduação precisam ser conduzidos por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais [82], as DCNF, por sua vez, definem em seu Artigo Segundo, os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação do fisioterapeuta, balizando, dessa forma, os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) de graduação em Fisioterapia [40]. Percebe-se, portanto, que o PPC, representa muito mais que um documento, pois é a forma de viabilizar o percurso formativo discente com intuito de uma formação que, no caso da Fisioterapia, atenda as demandas da população e do SUS. Assim sendo, é de fundamental importância que o PPC seja construído, tendo em vista as peculiaridades loco-regionais, fato que gera importantes reflexões sobre como esta formação vem sendo efetivamente conduzida no Brasil, tendo em vista seus díspares cenários socioeconômicos e político-culturais [48].

Epistemologicamente, o termo *projeto* indica um plano, de maneira que pode ser entendido como a redação preliminar das intenções da IES. Já o termo *pedagógico* indica ações educativas a serem tomadas no processo ensino-aprendizagem [83], norteado por atitudes que visam a construção coletiva de saberes. Entretanto, há uma diferença entre informação e conhecimento. E, talvez seja exatamente aí que resida as possíveis fragilidades encontradas em alguns PPCs deste estudo, posto que a informação sem sistematização, ou seja, sem aplicação prática, sem significação, não é capaz de gerar estruturação do saber e, por essa razão, não trans(forma) [84].

Nesse ponto, nota-se que não raro, os PPCs contemplam as DCNF parecendo apenas seguir um “padrão protocolar” para o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES), ao passo que na verdade, o discente deveria também utilizá-la como um balizador da qualidade do ensino oferecida [48]. Mais preocupante ainda é saber que existem estudantes do curso de Fisioterapia que parecem desconhecer as Diretrizes Curriculares do seu próprio curso, sendo apenas um agente passivo e não transformador em todo esse processo, o que pode influenciar diretamente nas suas competências profissionais.

Bertoncello (2015) inclusive traz um importante debate delineado sobre a temática “competência”, sabidamente um dos pilares das DCNF. Nesse estudo, o autor postula que

primeiro é preciso que haja maior clareza do termo nas próprias diretrizes, a fim de que não seja confundido – como às vezes é – com uma simples reprodução de técnicas[48]. Muito além disso, competência agrega múltiplos saberes, capacidade de agir mediante imprevistos e requer resiliência [85]. Segundo Perrenoud (1999), competência ainda agrega a habilidade de enfrentar desafios, de resolver situações-problemas baseada na interpretação da realidade, ou seja, é o produto final de uma aprendizagem significativa e o objetivo derradeiro da formação do indivíduo [86].

Como já abarcado, é sabido que tendo em vista as transformações em saúde vividas a partir da Reforma Sanitária, que exigiu a reformulação dos cursos da área da saúde, fica claro o papel das DCNF no ordenamento dos PPCs com o intuito de atender o modelo biopsisossocial, priorizando por sua vez, a funcionalidade humana e, por conseguinte, a formação de novas competências [33]. Assim, a funcionalidade, especialmente nos cursos de Fisioterapia, ganhou importância nunca antes observada, dado que abrange todo o escopo do modelo biopsicossocial proposto pela OMS. Ademais, pesquisas acerca da funcionalidade humana, apesar de ainda não terem a representatividade que lhe é devida, pode representar uma transposição da perspectiva inter para transdisciplinar, quebrando qualquer barreira rígida entre os diversos saberes em prol de um entendimento abrangente do indivíduo que experimenta a deficiência [87].

Nesse cenário, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) se apresenta como uma grande aliada, posto que traz consigo um novo enfoque baseado em um modelo multidimensional, em oposição a hegemonia do modelo biomédico. Porém, com algumas exceções parece haver uma desatualização nos PPCs no que tange à inclusão da CIF nestes documentos, contrariando o que diz as DCNF no seu artigo 14 no sentido de “orientar e propiciar concepções curriculares que deverão ser atualizadas, a fim de permitir ajustes ao seu aperfeiçoamento” [40].

Da mesma forma, os PPCs também parecem não contemplar a resolução nº 370/2009 do COFFITO que versa em seu Artigo 5º sobre o ensino da CIF nos cursos de graduação em Fisioterapia, além da pós-graduação e extensão [10]. Ora, se o PPC é construído tendo como base as DCNF e sendo estas delineadas com vistas a desenvolver habilidades e competências que atendam ao SUS, também parece haver uma lacuna em relação à adequação de parte dos

PPCs deste estudo dispostos a atender a resolução CNS n° 452 de 10 de maio de 2012 que institui o uso da CIF no SUS [11].

São incontestáveis os avanços conquistados pela Fisioterapia no que concerne à autonomia e destaque da profissão ao longo da história, entretanto, no que se refere às DCNF, ressalta-se a importância de constantes estudos que levem a reflexões importantes sobre até onde ela nos trouxe e poderemos chegar com a implantação das novas DCN [48]. Por outro lado, também é preciso que as IES, se proponham a aperfeiçoar seus PPCs conforme as demandas, anelando a CIF de maneira clara e transversal durante todo percurso formativo do aluno [88]. Por esse motivo, será possível que práticas alicerçadas no modelo biopsicossocial seja uma rotina na conduta dos futuros profissionais [13] e não uma exceção. Em outras palavras, isso equivale a dizer que o modo com que o paciente é abordado, reflete a influência dos modelos conceituais que foram recebidos, experimentados e organizados ao longo do tempo [79].

Se considerarmos a atuação essencial da Fisioterapia dentro do contexto pandêmico que estamos vivendo, a necessidade de se entender a funcionalidade de forma abrangente torna-se ainda mais evidente. Sabe-se que as repercussões da Covid-19 vão muito além do sistema respiratório [89] e não se limitam apenas ao leito hospitalar. Ao contrário, as sequelas da Covid-19 trazem sérias consequências sob o aspecto da limitação de atividade e restrição de participação social [90] e assim sendo, impactam diretamente na funcionalidade do indivíduo. Isto posto, é explícita a importância da CIF dentro de todo esse cenário atual ao qual estamos imersos bem como da atuação do fisioterapeuta para além dos ambientes relacionados Atenção Terciária. Nesse aspecto, o estudo de Souza et al. (2021) demonstra a importância da Atenção Primária à Saúde, concluindo que os municípios que tiveram melhores coberturas deste nível de assistência foram exatamente os que apresentaram menores taxas de mortalidade e letalidade pela Covid-19 [91].

Ainda, a Sociedade Brasileira de Fisioterapia (SBF) traz evidências e recomendações sobre o uso da CIF, a fim de avaliar o nível do impacto funcional nos indivíduos acometidos pela Covid-19, na perspectiva multifatorial da CIF [92]. Logo, adentramos a esse contexto pandêmico porque se apresenta como um cenário ideal para que de maneira palpável, entendamos a importância da atualização constante dos PPCs, com vistas a atender as necessidades de saúde da população, tal como preconizam as DCNF.

Conseqüentemente, acreditamos que este estudo foi importante ao apresentar uma lacuna pouco explorada na literatura sobre a relação entre as DCNF, o PPC e a incorporação efetiva da CIF no trajeto formativo do discente, assim como seus reflexos na prática profissional, que se traduz nas ocupações dos postos de trabalho. Quanto mais as vivências baseadas no modelo biopsicossocial forem estimuladas durante a formação do aluno, mais fácil será o rompimento do modelo biomédico, e mais próxima ficará a Fisioterapia da APS representando uma quebra de paradigma [19]. A inclusão da CIF de forma efetiva nos PPCs, bem como nas DCNF, poderá representar um passo importante rumo a um novo advento na área da saúde que futuramente poderá refletir no reordenamento dos postos de trabalho ocupado pelo fisioterapeuta.

Além disso, os esforços constantes do COFFITO para oferecer capacitação profissional relacionada a CIF, tanto para estudantes quanto para profissionais, também representa um fator de primordial importância nesse processo [88], [93]. Ademais, é preciso que os docentes estejam completamente sensibilizados e imersos nessa realidade [88] e dispostos a “aprender a ensinar a CIF”. Dessarte, fazer uso das metodologias ativas com foco na aprendizagem significativa pode ser um passo importante para facilitar a assimilação da CIF por parte dos alunos. Tirar o estudante de uma condição de passividade no seu processo de ensino-aprendizagem para uma na qual ele se sinta sujeito ativo, baseado no princípio da autonomia pode ajudar a diminuir a distância na incorporação do modelo biopsicossocial de um currículo integrado. Assim, transcender o modelo tradicional de ensino para estratégias que envolvam as metodologias ativas, implica em uma abordagem pedagógica tal que favorece o aluno a aprender, a pensar, a agir e, acima de tudo a ser, em contextos por vezes problematizadores e inquietantes, representando a essência da aprendizagem significativa [33], [94]e um mecanismo importante em prol do ensino da CIF na graduação.

Desse modo, deverá haver uma articulação transversal entre as DCNF, CIF, os PPCs e os métodos de ensino com intuito de estruturar o processo de ensino-aprendizagem de forma a contribuir para o rompimento do modelo biomédico, subsidiando aos discentes de fato, habilidades e competências equalizadas com o novo olhar em saúde, em todos os níveis de assistência. Esta costura pode representar um importante avanço para que a atuação do fisioterapeuta seja consolidada nos ambientes da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse âmbito, é importante salientar que a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) culminou na necessidade da inclusão de outros profissionais, ordenado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) [35], sendo a primeira aproximação do fisioterapeuta da APS, por meio de uma Política Pública. Entretanto, os achados deste estudo constatarem que os postos de trabalho ocupados pelos fisioterapeutas sempre estiveram relacionados à Atenção Secundária e Terciária, demonstrando um distanciamento da inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde, resquícios do rótulo reabilitador e da formação biologicista [12]. Formiga e Ribeiro (2009) também indicaram em seus estudos um promissor, porém, incipiente crescimento da Fisioterapia dentro da APS. As autoras enfatizaram ainda que a formação do aluno deve contemplar este nível assistencial, a fim de que se estabeleça o papel do fisioterapeuta na porta de entrada do sistema [95]. Formação que precisa estar alinhada a algumas diretrizes da Atenção Primária como atuação interdisciplinar, o processo de educação permanente em saúde, o conhecimento sobre território, a integralidade, a promoção da saúde e a humanização [96].

Considerando todo contexto até aqui apresentado, torna-se evidente a necessidade de diálogos entre todos os atores envolvidos com vistas a fortalecer a atuação do fisioterapeuta dentro da APS, para que haja uma transformação da cultura por uma demanda focada na doença por outra norteadada pela prevenção e promoção da saúde [97]. Por conseguinte, a capacitação profissional pode representar outro ponto de fundamental importância para embasar o alcance das intervenções do fisioterapeuta dentro do contexto da APS [95], de forma que a própria equipe multidisciplinar também o reconheça [98-100] e o valorize. Além disso, a elaboração de políticas públicas voltadas à funcionalidade e baseadas na CIF pode representar vantagens em todos os aspectos, desde repercussões sobre a ocupação dos postos de trabalho até reflexos positivos na seguridade social, e ainda, fortalecer ações voltadas à APS [77], [101].

Outro ponto importante que merece destaque e fecha todo o contexto apresentado, diz respeito à produção do conhecimento. Estudos indicam que os temas mais abordados em teses relacionadas a Fisioterapia estiveram diretamente vinculados à dimensão biológica do corpo, deixando em segundo plano as pertinentes à prevenção e promoção da saúde [102], o que nada mais é que um reflexo da formação reducionista recebida.

É certo que o presente estudo não se pretende completo, mas abre questões importantes a respeito dos múltiplos processos que envolvem a construção do conhecimento em Fisioterapia, funcionalidade e CIF. Também torna mais claro como os reflexos do modelo biomédico parecem persistir na prática do fisioterapeuta, tendo em vista a desproporcionalidade de sua atuação dentro da RAS, traduzida por um alto índice de profissionais atuantes na Atenção Secundária e Terciária em detrimento de uma incipiente atuação na Atenção Primária à Saúde.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A maior limitação desta pesquisa foi a dificuldade no acesso aos PPCs. Este fato levanta reflexões do porquê o acesso aos PPCs é limitado, não estando disponíveis facilmente para consulta. Realidade que contraria a portaria 40 de 12 de dezembro de 2007 do Ministério da Educação [103] que versa, entre outros aspectos, sobre a obrigatoriedade das IES em manter o PPC em página eletrônica própria e também na biblioteca para consulta dos alunos e interessados. Outra limitação foi a escassez de literatura abrangendo questões acerca do mercado de trabalho para fisioterapeutas, o que contrasta fortemente com outras profissões da área da saúde como Medicina e Enfermagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os achados do estudo, existe uma lacuna no ensino da CIF e da funcionalidade nos cursos de graduação em Fisioterapia, o que pode contribuir para a perpetuação do modelo biomédico, por meio de sua prática profissional. Tal fato pode ser evidenciado entre outros fatores, pela discreta atuação dos fisioterapeutas na Atenção Primária em Saúde em detrimento da Atenção Secundária e Terciária.

A implantação das novas DCNF poderá ser um facilitador para que as questões concernentes à CIF e à funcionalidade sejam mais exploradas e claramente delineadas, oferecendo assim, maior subsídio às IES quanto ao ordenamento desta temática em seus PPCs. Fato que não tira a responsabilidade das IES quanto ao aprimoramento e atualização dos seus projetos pedagógicos com o intento de atender as demandas com vistas a um olhar ampliado de saúde.

Entretanto, talvez o mais difícil processo que tenhamos que enfrentar é exatamente se adaptar a necessidade deste novo olhar e uma nova leitura a respeito do rompimento do paradigma biomédico. Se não conseguirmos nos desvencilhar do tecnicismo e do caráter puramente reabilitador dado à Fisioterapia, mesmo que hajam mudanças nas DCNF, no ordenamento dos currículos ou nas políticas públicas, continuaremos a perpetuar práticas reducionistas e cada vez mais distantes do perfil profissional exigido nos dias atuais.

Em outras palavras, não basta que as mudanças estejam apenas nos documentos oficiais do curso. Antes é preciso apropriar-se da Fisioterapia do século XXI com vistas a entender que a práxis do fisioterapeuta há muito, transcende os aspectos curativistas profundamente enraizados na profissão. Este talvez seja o primeiro passo para uma mudança profunda no panorama dos postos de trabalho ocupados pelos fisioterapeutas.

8 PERSPECTIVAS

Acreditamos que a inclusão da CIF como disciplina obrigatória nos PPCs pode representar um passo importante não somente no uso desta Classificação, mas também e principalmente na assimilação do modelo biopsicossocial e seus impactos no entendimento global da condição de saúde do outro enquanto pessoa e não somente como paciente. Entretanto antes, é preciso sensibilizar o docente quanto a isso, uma vez que tendo sido formado dentro de um escopo biomédico, perpetuam-se práticas baseadas neste modelo pois é natural que reproduza para os alunos a formação recebida. Desta forma, a partir do reordenamento da formação docente e discente com vistas ao modelo biopsicossocial, será possível que no futuro, perceba-se um novo cenário de ocupação dos postos de trabalho em que a APS seja finalmente contemplada pelo fisioterapeuta.

Referências Bibliográficas

- [1] Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 1987; Brasília, DF: Ministério da Saúde (BR), 1987.
- [2] Almeida SM. A formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade [dissertação]. Brasília/DF: Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.
- [3] Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev. Saude Coletiva*; 4 (1), 41-65, 2004.
- [4] Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface (Botucatu)* 7(13): 163-166, 2003.
- [5] Stucki G, Bickenbach J. Functioning: The third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2017;53(1):134-138, 2017.
- [6] WHA-54.21 - Fifty-fourth World Health Assembly. International Classification of functioning, disability and health, 22 may 2001. Disponível em http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1 acesso em 01 de mar 2021.
- [7] CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1.Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.
- [8] Araújo ES, Buchalla CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. *Revista brasileira epidemiologia.*; 18(3): 720-724, 2015.
- [9] Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*; 10(1):29-31, 2003.
- [10] Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução nº 370 de 6 de novembro de 2009. Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133> Acesso em 23 mar 2021.
- [11] Ministério da Saúde (BR). Resolução nº452 de 10 de maio de 2012. Institui o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde no SUS. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html. Acesso em 01 de julho de 2019.
- [12] Ribeiro KSQS. Atuação da Fisioterapia na Atenção Primária a Saúde – Reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioterapia Brasil*, 3(5): 311-318, 2002.
- [13] Scharan K.O. A contribuição da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na abordagem clínica fisioterapêutica [Tese]. Curitiba/PR:

Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2020.

[14] Almeida SM, Marães VRFS, Escalda PMF. Integralidade na formação do Fisioterapeuta no Distrito Federal: uma leitura dos projetos pedagógicos de curso. In: Ensino na Saúde no Brasil: Desafios para a Formação Profissional e Qualificação para o Trabalho. Brasília: Juruá; 99-112, 2016.

[15] Mitre SM., Siqueira-Batista R., Girardi de Mendonça JM., Morais-Pinto N.M., Meirelles, CAB, Pinto-Porto C. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*; 13 (2), 2133 – 2144, 2008.

[16] Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da Atenção Básica : Construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde e Debate*; 21: 15-28, 2000.

[17] Ministério da Saúde (BR). Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 02 de mar de 2021

[18] Perim JL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCS, Costa NMCS. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 33 (1), 70-82, 2009.

[19] Scharan KO, Silva TG, Bernardelli RS, Correa KP, Martins FC, Moser ADL. Capacitação de discentes de fisioterapia para aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): Desafios da prática clínica. In: Anelice Calixto Ruh. (Org.). Saberes e competências em fisioterapia. 1ed. Ponta Grossa: Atena; p. 113-124, 2018.

[20] Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad.Saúde Pública*; 20 (5):1400-1410, 2004.

[21] Vieira ALS, Oliveira ES. Mercado de trabalho em Saúde no Brasil: Empregos para enfermeiros nas três últimas décadas. *Rev. bras. enferm.*; 54(4): 623-629, 2001.

[22] Sampaio RF, Wan Der Mass L, Marães VRFS, Neves JA, Vaz DV, Nóbrega RAA, Ocarino JM. Physical Therapist Education and the Labor Market in Brazil: Advances and Challenges. *Phys Ther*; 99:977-988, 2019.

[23] Rodrigues RM. A Fisioterapia no contexto da política saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Revista Perspectivas*; 2(8): 104-109, 2008.

[24] Bispo Jr, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist., Ciênc., Saúde – Manguinhos*; 16 (3), 655-668, 2009.

[25] Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência e Saúde Coletiva*; 16 (1), 1535-1546, 2011.

- [26] Reis J. Concepções médicas: da antiguidade ao modelo biomédico actual. In: O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega; 15-52, 1999.
- [27] Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(1): 1525-1534, 2011.
- [28] Freitas MS. A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional [tese]. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2006.
- [29] Nascimento MC, Sampaio RF., Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo MN. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*; 10(2): 241-247, 2006.
- [30] Marques AP, Sanches ES. Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Rev Fisioter USP*; 1(1):5-10, 1994.
- [31] Brasil. (1969). Decreto-lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Prov%C3%AA%20sobre%20as%20profiss%C3%B5es%20de,ocupacional%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=3%C2%BA%20%C3%89%20atividade%20privativa%20do,a%20capacidade%20f%C3%ADsica%20do%20ciente](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Prov%C3%AA%20sobre%20as%20profiss%C3%B5es%20de,ocupacional%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=3%C2%BA%20%C3%89%20atividade%20privativa%20do,a%20capacidade%20f%C3%ADsica%20do%20ciente.). Acesso em 15 mar 2021.
- [32] Brasil. (1975). Lei 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16316.htm#:~:text=LEI%20No%206.316%2C%20DE,Ocupacional%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.&text=2%C2%BA%20O%20Conselho%20Federal%20compor,pela%20forma%20estabelecida%20nesta%20Lei](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16316.htm#:~:text=LEI%20No%206.316%2C%20DE,Ocupacional%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.&text=2%C2%BA%20O%20Conselho%20Federal%20compor,pela%20forma%20estabelecida%20nesta%20Lei.). Acesso em 15 mar 2021.
- [33] Marães, VRFS, Martins, EF, Cipriano Jr, G, Acevedo, AC, Pinho, DLM. Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioterapia em Movimento*; 23(2): 311-321, 2010.
- [34] Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: *Saúde no Brasil. The Lancet*; 377 (1): 11-31, 2011.
- [35] Ministério da Saúde (BR). Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20\(PACS\)](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20(PACS).). Acesso em 20 mar 2021.

- [36] Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*;13 (2): 2009-2018, 2008.
- [37] Bispo Júnior, JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*;15(Suppl 1):1627-1636, 2010.
- [38] Nogueira-Martins, MCF. Formação: Saberes e Fazeres Humanizados. *Boletim da Saúde*. 20 (2), 109-118, 2006.
- [39] Ministério da Educação (BR). Parecer CES/CNE n. 583, de 4 de abril de 2001. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Brasília: Ministério da Educação; 2001. Disponível em <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/815/parecer-cne-ces-n%C2%B0-583> Acesso em 20 mar 2021.
- [40] Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf> . Acesso em 19 mar 2021.
- [41] Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm.*; 66(spe):95-101, 2013.
- [42] DeMarco MA. A face humana da medicina – do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- [43] Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, RB. Ceccim, RA. Mattos (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde (2ª Ed)*. Rio de Janeiro: CEPESC; 69-92, 2011.
- [44] Macedo AR, Trevisan LMV, Trevisan P, Macedo CS. Educação superior no século XXI e a Reforma Universitária Brasileira. *Ensaio: avaliação de políticas públicas educação*; 13 (47), 127-148, 2005.
- [45] Araújo D, Miranda MCG, Brasil LS. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saude Publica*; 31 (1), 20-31, 2007.
- [46] Pontes ALM, Silva Jr, AG, Pinheiro R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: Pinheiro, RB. Ceccim, RA. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde (2ª Ed)*. Rio de Janeiro: CEPESC; 251-276, 2011.
- [47] Brasil. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Presidência da República. Brasília/DF. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso em 20 mar 2021.
- [48] Bertoncetto D, Pivetta HMF. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Fisioterapia: Reflexões Necessárias. *Cadernos de Educação Saúde e Fisioterapia*; 2(4), 71-84, 2015.

- [49] Fonseca, EP. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. *Journal of Management and Primary Health Care*; 3 (2): 158-178, 2012
- [50] Borges, KP. Competências para Formação do Fisioterapeuta no Âmbito das Diretrizes Curriculares Nacionais e Promoção da Saúde. *Revista Saúde e Pesquisa*; 11(2):347-358, 2018.
- [51] Teixeira, RC. Projeto Pedagógico dos cursos de Fisioterapia da região Norte à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais: (dê)s caminhos da aderência, potencialidades e fragilidades [Tese]. Rio de Janeiro: Departamento de Educação, PUC-Rio; 2010.
- [52] Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moço ETM. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface (Botucatu)*; 13(31):261-72, 2009.
- [53] Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia: Um tecer de muitas mãos. Disponível em <http://abenfisio.com.br/as-diretrizes-curriculares-nacionais-para-os-cursos-de-fisioterapia-um-tecer-de-muitas-maos-2/> Acesso em 20 julho 2018
- [54] Andrade PM. Avaliação do estágio da Fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*; 15(2): 121-130, 2010.
- [55] Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 498/2020. Dispõe sobre a prorrogação do prazo para implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2020-pdf/157501-pces498-20/file#:~:text=Bras%C3%ADlia%20\(DF\)%2C%206%20de%20agosto%20de%202020.&text=A%20C%C3%A2mara%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Superior,6%20de%20agosto%20de%202020.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20prazo%20de%20implanta%C3%A7%C3%A3o,pela%20pandemia%20da%20COVID%2D19.](http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2020-pdf/157501-pces498-20/file#:~:text=Bras%C3%ADlia%20(DF)%2C%206%20de%20agosto%20de%202020.&text=A%20C%C3%A2mara%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Superior,6%20de%20agosto%20de%202020.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20prazo%20de%20implanta%C3%A7%C3%A3o,pela%20pandemia%20da%20COVID%2D19.) Acesso em 20 mar 2021
- [56] Barros, JAC. Pensando o Processo Saúde Doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*; 11 (1): 67-84, 2002.
- [57] Jelsma J, Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. *Physiotherapy*; 97(1):47-54, 2011.
- [58] Swiss Paraplegic Research. Case studies. Available to: <https://www.icf-casestudies.org/case-studies>. Acesso em 20 mar de 2021.
- [59] Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o mal e para o mal. *Revista brasileira educação médica*; 32 (4), 492-499, 2008.
- [60] Nunes ED. Cem anos do relatório Flexner. *Ciência & Saúde Coletiva*; 15(Suppl 1): 956-956, 2010.
- [61] Vogt MSL. Os princípios andragógicos no contexto do processo ensino-aprendizagem da fisioterapia [Tese]. Brasília/DF: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2006.

- [62] Freire P. *Pedagogia do oprimido* (47 ed). Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 2008.
- [63] Pontes AL, Rego S, Silva Jr AG. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*; 30 (2), 66-75, 2006.
- [64] Tomey AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. *Rev Cubana Educ Méd Super.*; 16(2): 156-63, 2002.
- [65] Patiño JF. Abraham Flexner y el flexnerismo. Fundamento imperecedero de la educación médica moderna. *Medicina*; 20(48): 6-14, 1998.
- [66] Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional em Educação Permanente na Saúde: O que se tem produzido para seu fortalecimento?* Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 1 Ed rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 73pp. Disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em 05 mar 2021.
- [67] Dantas KO, Manguiera DS, Lacerda DAL, Lima EM et al. Roda de diálogo como metodologia ativa de educação permanente no SUS: Relato de experiência. In: Anelice Calixto Ruh. (Org.). *Saberes e competências em fisioterapia*. 1ed. Ponta Grossa: Atena; 37-42, 2018.
- [68] Braga, ARCSL. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) nos cursos de graduação em terapia ocupacional*. [Dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Universidade de Brasília; 2013.
- [69] Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*; 7(4): 879-889, 2002.
- [70] Scliar M. A história do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*; 17, p. 29-4, 2007.
- [71] Lavanchy J. *Classificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y su aplicación em rehabilitación*. *Revista de Rehabilitación.*; 6: 33-45, 2011.
- [72] Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*; 10 (1): 29-31, 2003.
- [73] Araújo ES. Cif: Uma discussão sobre linearidade no Modelo Biopsicossocial. *Rev Fisioter S Fun.*; 2(1): 6-13, 2013.
- [74] Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de incapacidade e saúde da organização mundial de saúde: conceitos, usos e perspectivas *Rev. bras. epidemiol.*; 8: 187-193, 2005.
- [75] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11)*. 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-

divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875 Acesso em 19/03/2021

[76] World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2016.

[77] Brasil. Política Nacional de Saúde Funcional. (PNSF): Construindo mais saúde para a população brasileira. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

[78] Üstun TB. 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: 344-8, 2002.

[79] Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad. Saúde Pública.; 25 (3):475-483, 2009.

[80] Mângia EF, Muramoto MT, Lancman S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; 19: 121-130, 2008.

[81] Fernandes JAE, Gomes MMF, Sousa BS, Fracon JF, Pinho DLM, Marães VRFS. The ICF in the Pedagogical Projects of Physiotherapy Courses in Midwest Brazil. *Fisioter Mov.* 33: e003344, 2020.

[82] Ministério da Educação (BR). Parecer 776 de 3 de dezembro de 1997. Orienta para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2020.

[83] Picoli ESA, Carvalho EJG. Projeto político-pedagógico: uma construção “coletiva”? III Encontro de Pesquisa em Educação, I Jornada de Gestão Escolar e XV Semana de Pedagogia - Pedagogia 35 anos: História e Memória. UEM, Maringá, 2008.

[84] Pescuma D, Castilho APF. Projeto de pesquisa – o que é? Como fazer? – um guia para sua elaboração. São Paulo: Olho d’Água, 2005.

[85] Pimenta SG, Ghedin E. Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

[86] Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.

[87] Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. *Acta Fisiátrica*; 15(1):63-69, 2008.

[88] Bernardelli RS, Cepeda RM, Moser ADL. Repercussões de uma capacitação sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na modalidade EAD na prática de acadêmicos de fisioterapia. In: XXIX Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e

VI Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, 2019, Porto Alegre. Cad. Educ. Saúde Fisioter. São Paulo: Redeunida; 6: 51-51, 2019.

[89] Inciardi RM, Lupi L, Zaccone G, Italia L, Raffo M, Tomasoni D, et al. Cardiac Involvement in a Patient With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Jama Cardiol*, 5(7):819-824, 2020.

[90] Guanghai WYZ, Jin Z, Jun Z, Fan J. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*; 395(10228):945-7, 2020.

[91] Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM, Laurindo DLP. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. *Journal Health NPEPS*; 6(1):1-21, 2021.

[92] Silva e Silva CM, Andrade NA, Nepomuceno B, Xavier DS et al. Evidence-based Physiotherapy and Functionality in Adult and Pediatric patients with COVID-19. *J Hum Growth Dev*; 30(1):148-155, 2020.

[93] Bernardelli RS, Scharan KO, Corrêa KP, Cepeda RM, Moser ADL. Características profissiográficas, conhecimento e uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais brasileiros. In: XXVIII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, V Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia. Cad. Educ. Saúde Fisioter. 2018;5: 61-61, 2018.

[94] Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*; 20(3): 780-788, 2004.

[95] Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *R bras ci Saúde*; 16(2):113-122, 2012.

[96] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 24 Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

[97] Gomes BCF, Streck MTH, Carvalho JL, Weiller TH, Damasceno AN, Pucci VR. Evaluation of Primary Health Care in the Perspective of the Family Caregiver: Integrative Review. *International Journal of Development Research*, 9 (5), 27786-27792, 2019.

[98] Silva DJ, Daros MA. Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios da formação. *Ciência & Saúde Coletiva* 12(6):1673-81, 2007.

[99] Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*; 28(11): 2076-2084, 2012.

[100] Castro SS, Cipriano-Júnior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Revista Fisioterapia e Movimento*; 19(4):55-62, 2006.

[101] Brasil ACO. Promoção da Saúde e a Funcionalidade Humana. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza; 26(1):1-4, 2013.

[102] Chesani FH. A produção acadêmica em fisioterapia: um estudo de teses a partir dos pressupostos epistemológicos de Fleck. *Saúde Soc*; 22(3): 949-961, 2013.

[103] Ministério da Educação (BR). Portaria Normativa nº40 de 12 de dezembro de 2007. Institui o e-mec, avaliação e supervisão da educação superior e consolida disposições sobre indicadores de qualidade, banca de avaliadores e ENADE e outras disposições. Brasília/DF, 2007.

ANEXO A – Normas de publicação da Revista Fisioterapia em Movimento

Diretrizes para Autores

A revista **Fisioterapia em Movimento** publica artigos oriundos de pesquisas originais e artigos de revisão que veiculem resultados de pesquisas em Fisioterapia e saúde, sendo as principais áreas: Saúde Coletiva, Geriatria e Gerontologia, Neurologia, Fisioterapia Desportiva, Cardiorrespiratória, Traumatologia- Ortopedia, Reumatologia, Hidroterapia, Acupuntura, Ginecologia e Obstetrícia, Eletroterapia, Análise do Movimento Funcional, Ensino em Fisioterapia, Ergonomia e Fisioterapia Dermato-Funcional. Todos os trabalhos que tenham interface com a saúde e cuidado humano, entretanto, são aceitos para avaliação.

Todos os artigos devem ser originais e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. Uma vez aprovados para publicação, a PUCPRESS/PUCPR passa a ser detentora dos direitos autorais dos manuscritos submetidos à revista Fisioterapia em Movimento.

A revista está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidas pela OMS e pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Trabalhos contendo resultados de estudos humanos e/ou animais somente serão publicados se estiver claro que todos os princípios de ética foram utilizados na investigação. Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir a afirmação de ter sido o protocolo de pesquisa aprovado por um comitê de ética institucional (reporte-se à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos), devendo constar no manuscrito, em *Métodos*, o número do CAAE ou do parecer de aprovação, o qual será verificado no site Plataforma Brasil. Para pareceres aprovados antes da criação do Plataforma Brasil ou que por algum motivo não sejam encontrados no site, é obrigatória a submissão de cópia da aprovação. Para experimentos com animais, consideramos as diretrizes internacionais Pain, publicadas em: PAIN, 16: 109- 110, 1983.

Os pacientes têm direito à privacidade, o qual não pode ser infringido sem consentimento esclarecido. Na utilização de imagens, as pessoas/pacientes não podem ser identificáveis exceto se as imagens forem acompanhadas de permissão específica por escrito, permitindo seu uso e divulgação. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

INSTRUÇÕES GERAIS

Não há taxa de submissão, porém será cobrada **taxa de publicação** de **R\$600** após aprovação do artigo.

Após publicados no Scielo, os artigos podem ser compartilhados em redes sociais, páginas pessoais, etc.

Para que o processo de avaliação seja feito de forma rápida e eficiente, sugerimos acessar um artigo já publicado em edição recente para verificar a formatação dos artigos publicados pela revista e seguir rigorosamente as instruções desta página antes de iniciarem a submissão. Submissões que ignorarem as diretrizes abaixo listadas serão rejeitadas imediatamente.

A taxa de artigos avaliados e rejeitados no último ano foi de 45,8%, 15% destes com possibilidade de nova submissão ("rejeitar e resubmeter").

A Revista Fisioterapia em Movimento aceita manuscritos oriundos de pesquisas originais ou de revisão na modalidade sistemática, resultantes de pesquisas em fisioterapia e outras áreas relacionadas à saúde humana. Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos.

Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Resumo, Abstract, Resumen, Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. As páginas têm como formato A4 e o manuscrito deve ter no máximo 4.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas).

Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte, sua estrutura deve conter: Resumo, Abstract, Resumen, Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências (Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos). As páginas têm como formato A4 e o manuscrito deve ter no máximo 6.000 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas).

Obs: Revisões serão aceitas apenas na modalidade sistemática de acordo com o modelo Cochrane e devem estar devidamente registradas. É necessário informar o número de registro logo abaixo do resumo. Relatos de caso serão aceitos apenas quando abordarem casos raros.

- Os trabalhos podem ser encaminhados em português, inglês ou espanhol. Uma vez aceito para publicação, o artigo deverá obrigatoriamente ser traduzido para a língua inglesa, sendo os custos da tradução de responsabilidade dos autores.
- O número máximo permitido de autores por artigo é seis (6). É importante informar a lista e a ordem exata dos autores no momento da submissão. Qualquer adição, exclusão ou reorganização de autoria deve ser feita apenas mediante aprovação do conselho editorial da revista. Somente em circunstâncias excepcionais o conselho considerará tais modificações após o aceite do manuscrito.
- Todos os autores devem estar registrados no ORCID e o ID de cada um deve ser obrigatoriamente informado na hora da submissão.
- Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica para os manuscritos científicos.
- Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,5.

- As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Figuras devem ser submetidas em alta resolução (mínimo de 300 dpi) e no formato TIFF ou EPS.
- Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pela plataforma **ScholarOne**. Dúvidas sobre o processo de submissão devem ser encaminhadas ao e-mail revista.fisioterapia@pucpr.br
- No momento da submissão também deve ser anexada a **Declaração de Direitos Autorais** e, para artigos originais, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

MODELO ARTIGO PARA SUBMISSÃO

No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

CABEÇALHO

O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Abaixo do título em português, título em inglês.

RESUMO ESTRUTURADO/ABSTRACT

O resumo estruturado deve conter os tópicos apresentados na publicação: Introdução, Objetivo, Método, Resultados, Conclusão. Deve conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/keywords) em número mínimo de 3 e número máximo de 5, separados por ponto e iniciais em caixa alta, sendo representativos do conteúdo do trabalho. Só serão aceitos descritores encontrados no DeCS e no MeSH.

CORPO DO TEXTO

- Introdução: deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços que foram alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.
- Método: deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.
- Resultados: devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.
- Discussão: interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os que foram indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.

- Conclusão: deve limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-a ao conhecimento já existente. Utilizar citações somente quando forem indispensáveis para embasar o estudo.
- Agradecimentos: se houver, devem ser sintéticos e concisos.
- Referências: devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto e seguir o Estilo Vancouver.* **A exatidão das referências e a correta citação no texto são de responsabilidade dos autores.**

Citações: devem ser apresentadas no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre colchetes, não sobrescritos. Deve-se optar por uma das modalidades abaixo e padronizar em todo o texto:

Exemplo 1: O caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomas no sexo feminino [6, 7].
 Exemplo 2: Segundo Levy [3], há mitos a respeito dos idosos que precisam ser recuperados.

*REFERÊNCIAS

ARTIGOS EM REVISTA

Autores. Título. Revista (nome abreviado). Ano;volume(nº):páginas.

- Até seis autores

Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. J Clin Epidemiol. 1991;44(3):731-7.

- Mais de seis autores: listar os seis primeiros autores seguidos de et al.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.

- Suplemento de número

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

- Artigos em formato eletrônico

Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to cephalometric norms. J Contemp Dent Pract. [serial on the internet] 2003 [cited 2003 Nov 4]. Available from: www.thejcdp.com.

LIVROS E MONOGRAFIAS

- Livro

Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral anatomy. Chicago:Year Book Medical Publishers; 1978.

- Capítulo de livro

Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92.

- Editor, Compilador como Autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Livros/Monografias em CD-ROM

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2 nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

- Anais de congressos, conferências congêneres,

Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam:North-Holland; 1992. p. 1561-5.

TRABALHOS ACADÊMICOS (Teses e Dissertações)

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington University; 1995.

NOTA: Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver) e fica a critério da revista a seleção dos artigos que deverão compor os fascículos, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá-los, salvo os selecionados pelos editores e somente mediante e-mail/carta de aceite.

Declaração de Direito Autoral

Os autores garantem que os trabalhos submetidos a esta revista são originais e não foram elaborados com violação a quaisquer direitos de terceiros, tendo obtido todas as autorizações necessárias para inclusão de conteúdos complementares, tais como, mas não restritos, a traduções, ilustrações, quadros e citações, cujas fontes precisas o autor também se compromete a indicar. Os autores ainda declaram que os trabalhos não contêm declarações difamatórias que atentem contra moral, bons costumes e/ou que violem direitos de propriedade intelectual.

No momento da submissão deve ser anexada a **Declaração de Direitos Autorais** assinada por todos os autores.

Política de Privacidade

A Editora PUCPRESS, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), adota a licença Creative Commons para sua coleção de periódicos científicos em acesso aberto, e define como padrão a adoção de licença do tipo atribuição (CC - BY) para seus conteúdos.

A licença CC-BY permite aos usuários do periódico acessar, exibir, distribuir, bem como adaptar e criar obras derivadas, desde que conferido o devido crédito autoral. O autor, ao efetuar a submissão do artigo, autoriza a transferência de direitos autorais pelo uso da licença Creative Commons.

ANEXO B – Qualis CAPES da Revista Fisioterapia em Movimento

Periódicos			
ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
0103-5150	FISIOTERAPIA EM MOVIMENTO	INTERDISCIPLINAR	B1
1980-5918	FISIOTERAPIA EM MOVIMENTO	INTERDISCIPLINAR	B1

[Início](#) [Anterior](#) [1](#) [Próxima](#) [Fim](#)

1 a 2 de 2 registro(s)

Compatibilidade  Versão do sistema: 3.41.1 | Copyright 2010 Capes. Todos os direitos reservados.

ANEXO C – Comprovante de Submissão à Revista Ciência & Saúde Coletiva

☰ Ciência & Saúde Coletiva

🏠 Home

✍ Author

Submission Confirmation

🖨 Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2021-0568

Title
Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: Uma menor demanda para a Atenção Básica

Authors
FERNANDES, JULIANA APARECIDA
Gomes, Marília
Sousa, Bruna
Marães, Vera Regina

Date Submitted
09-Mar-2021

ANEXO D - Normas da revista Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 100,00 (100 dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos: A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos. O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema. Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos: Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

(1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.

(2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.

(3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.

(4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.

(5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

(6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.**)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993. Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO E – Qualis Capes da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1413-8123	CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (IMPRESSO)	INTERDISCIPLINAR	B1

« Início « Anterior 1 » Próxima » Fim »»

1 a 3 de 3 registro(s)

PLATAFORMA
Sucupira

 **CAPES**

 **UFERN**

 **RNP**
REDE NACIONAL DE
ENSINO E PESQUISA

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

Compatibilidade



Versão do sistema: 3.41.3 Copyright 2016 Capes. Todos os direitos reservados.

ANEXO F – Comprovante aprovação Comitê de Ética

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FISIOTERAPIA, FUNCIONALIDADE E CIF: QUAL A RELAÇÃO DESSE TRIPÉ SOB A PERSPECTIVA DO FISIOTERAPEUTA?

Pesquisador: Vera Regina Fernandes da Silva Marães

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 95126518.8.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.988.756

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador(a))