

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – IGG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

TANISE REMUS KREIBICH

**O CÂNCER DE PELE NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DERMATO-
FUNCIONAL: ANÁLISE DO DISCURSO DE DOCENTES DE CURSOS DE
ESPECIALIZAÇÃO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre
2013

TANISE REMUS KREIBICH

**O CÂNCER DE PELE NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DERMATO-
FUNCIONAL: ANÁLISE DO DISCURSO DE DOCENTES DE CURSOS DE
ESPECIALIZAÇÃO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de mestrado apresentada à
banca do Instituto de Geriatria e
Gerontologia da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do
Sul como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Gerontologia
Biomédica

Orientadora: Profa. Dra. Jociane de Carvalho Myskiw

Porto Alegre
2013

K92c Kreibich, Tanise Remus

O câncer de pele na formação do fisioterapeuta dermatofuncional: análise do discurso de docentes de cursos de especialização da cidade de Porto Alegre / Tanise Remus Kreibich. – Porto Alegre, 2013.

72 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

Orientadora: Profa. Dra. Jociane de Carvalho Myskiw

1. Fisioterapia Dermato-Funcional – Especialização. 2. Fisioterapautas – Formação Profissional. 3. Neoplasias Cutâneas. 4. Envelhecimento Cutâneo. 5. Docentes. I. Myskiw, Jociane de Carvalho. II. Título.

CDD 616.5

Bibliotecária Responsável:
Elisete Sales de Souza - CRB 10/1441

TANISE REMUS KREIBICH

**O CÂNCER DE PELE NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DERMATO-
FUNCIONAL: ANÁLISE DO DISCURSO DE DOCENTES DE CURSOS DE
ESPECIALIZAÇÃO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de mestrado apresentada à banca do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Claus Dieter Stobaus – PUCRS

Prof. Dr. Fernando Benetti – PUCRS

Profa. Dra. Jociane de Carvalho Myskiw – PUCRS

Porto Alegre
2013

Aos meus pais, com muito amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Professora Doutora Jociane de Carvalho Myskiw e ao Professor Doutor Mauro Myskiw pelas horas dedicadas em ensinamentos e orientações, sempre com muita dedicação, mostraram ser verdadeiros mestres onde souberam extrair de mim o meu melhor, na possibilidade da finalização desse trabalho.

Ao Professor Doutor Claus Dieter Stobaus, que me acolheu desde o início dessa trajetória, como grande incentivador, mestre exemplar que vou levar comigo na minha vida.

Aos docentes envolvidos na prática de ensino em Fisioterapia dermato-funcional que aceitaram participar deste estudo.

A minha amiga e colega de profissão Priscila pelo incentivo desde o início dessa minha trajetória.

A minha amiga Loiva que pelo apoio possibilitou a finalização desse trabalho.

A minha colega/amiga Cláudia Carpes pela ajuda e apoio.

Ao meu amigo Flávio pela torcida e todo apoio.

Aos amigos, que sempre estão na torcida para que eu consiga atingir meus objetivos.

As secretárias, especialmente a querida Mônica, e toda a equipe de professores e coordenadores do IGG da PUCRS.

Agradeço também a oportunidade de poder contar com pessoas especiais que estiveram presentes me auxiliando e dividindo conhecimentos durante este mestrado.

RESUMO

O aumento considerável da expectativa de vida é resultado, dentre outros fatores, da maior preocupação das pessoas em atuar na prevenção de patologias. Uma dessas preocupações, cada vez mais em destaque, é o câncer de pele, cuja incidência tem aumentado mundialmente, exigindo dos profissionais que atuam na área da saúde uma formação adequada para realizar exames primários capazes de agilizar o encaminhamento para avaliações mais específicas. Esta é uma tarefa que se enquadra com as oportunidades do Fisioterapeuta Dermato-Funcional, posto que este, devido a sua área de atuação, tem a possibilidade de observar as áreas expostas do corpo. É nesse contexto que se insere este trabalho, tendo como objetivo analisar as características da formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto à identificação - exame primário - do câncer de pele característico do envelhecimento cutâneo, ocorrida no contexto dos cursos de especialização, na grande Porto Alegre, a partir dos discursos dos seus docentes. Tratou-se de um estudo qualitativo, com delineamento descritivo, baseado na análise das características da formação de docentes de cursos de especialização, da inserção do conteúdo câncer de pele nas disciplinas/currículos e das práticas de ensino dos professores em relação a este conteúdo. Fizeram parte da investigação 08 docentes vinculados a 04 cursos de especialização em Dermato-Funcional, da região metropolitana de Porto Alegre. Com estes sujeitos, selecionados de modo intencional, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo áudio foi registrado e, em seguida, transcrito. As informações coletadas foram submetidas a um procedimento de análise de conteúdo, baseado num processo de categorização. As categorias que emergiram das entrevistas, suas descrições e interpretações possibilitaram concluir que em relação ao câncer de pele, a formação dos docentes dos cursos de especialização em Dermato-Funcional está relacionada mais à sua intervenção do que a formação acadêmica; que enquanto conteúdo, o câncer de pele está diluído entre outros, ocupando um lugar periférico em face ao destaque da dimensão estética e de seu caráter estigmatizante; e que a prática docente predominante está baseada num modelo diretivo, intensamente dependente das explicitações advindas dos docentes.

Palavras-chave: Fisioterapia Dermato-Funcional; Câncer de pele; Especialização; Docentes; Formação Profissional.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the characteristics of dermato-functional physiotherapy training regarding the identification of suspect skin cancer lesions from the discourses of the teaching staff on specialization courses in greater Porto Alegre. This is a qualitative study with a descriptive form, based on the analysis of the characteristics of the teaching staff training on specialization courses. Eight teaching members from four dermato-functional specialization courses were interviewed. The information was submitted to a content analysis based on a categorization process. The categories that were found in the interviews, their descriptions and interpretations allowed us to conclude that, regarding skin cancer, the training of teaching staff on dermato-functional specialization courses is related more to intervention than to academic learning: while with regards to content, skin cancer is diluted amongst others, placing it to a periphery to highlight the esthetic dimension and its stigmatizing character; and that the predominant teaching practice is based on a directive model, heavily dependent on the teachers' explanations.

Key Words: dermato-functional physiotherapy; skin cancer; specialization; professional training.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações cutâneas provocadas pelo envelhecimento intrínseco e extrínseco.....	15
Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.....	24
Quadro 3 – Quadro sinóptico das categorias e sub-categorias que correspondem às características observadas em relação ao câncer de pele na formação dos docentes dos cursos, seguidas das frequências das unidades de registros alocadas em cada uma delas (entre parênteses).	28
Quadro 4 – Quadro sinóptico das categorias e sub-categorias que correspondem às características observadas em relação ao câncer de pele como conteúdo da formação, seguidas das frequências das unidades de registros alocadas em cada uma delas (entre parênteses).	33
Quadro 5 – Quadro sinóptico das categorias e sub-categorias que correspondem às características relativas as experiências na prática docente nos cursos de especialização, a respeito dos cuidados com o câncer de pele dos cursos de especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional, seguidas das frequências das unidades de registros alocadas em cada uma delas (entre parênteses).	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA- Câncer

COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

EUA- Estados Unidos da América

FEEVALE- Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale dos Sinos

IES- Instituições de Ensino Superior

IGG- Instituto de Geriatria e Gerontologia

IPA- Instituto Porto Alegre

PUCRS- Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul

ULBRA- Universidade Luterana do Brasil

UTP- Universidade Tuiuti do Paraná

UV- Ultra Violeta

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice 1** – Roteiro de questões utilizado nas entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa.....56
- Apêndice 2** – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos sujeitos da pesquisa e assinado por estes57

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Ofício de autorização emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....	59
Anexo 2 – E-mail e confirmação da submissão de artigo encaminhado à Revista Fisioterapia & Pesquisa.....	60
Anexo 3 – Artigo completo submetido para avaliação na Revista Fisioterapia & Pesquisa.....	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	21
3	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo Geral	22
3.2	Objetivos Específicos	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Caracterização da investigação	23
4.2	Sujeitos da pesquisa	24
4.3	Procedimentos de coleta de dados	25
4.4	Procedimentos de análise dos dados	26
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
5.1	A formação dos docentes em relação ao câncer de pele	28
5.2	O câncer de pele como conteúdo dos cursos	32
5.3	O câncer de pele na prática docente	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	55
	ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreu um aumento considerável da expectativa de vida em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde a perspectiva é de que o número de pessoas acima de 60 anos de idade duplique entre os anos 2000 e 2050¹. Esse envelhecimento mundial é motivo de comemoração, sendo tributário das melhorias no sistema de saúde pública, nutrição, educação e condições de vida. Além disso, os avanços na medicina tem auxiliado na prevenção de morte prematura, mortalidade infantil e maternal e infecções^{2,3}. Ainda, o ganho da expectativa de vida foi também alcançado por pessoas que já haviam atingido os 60 anos de idade, e isso se deve às melhorias na prevenção e tratamento de doenças crônicas nas pessoas desta faixa etária⁴.

Entretanto, não se pode deixar de salientar que o envelhecimento apresenta também grandes desafios, pois é um processo complexo, estocástico, dinâmico, inevitável e universal⁵⁻⁷, que acarreta declínio das funções biológicas, fisiológicas e aumento da vulnerabilidade a doenças^{8,9}. Isso ressoa sobre vários campos sociais, entre eles o econômico, posto que o envelhecimento populacional representa um aumento do uso dos serviços de saúde, maior número de internações hospitalares, bem como, maior tempo de ocupação dos leitos¹⁰.

Esses aspectos do processo de envelhecimento podem ser amenizados com hábitos saudáveis ao longo da vida e atividades de prevenção que são capazes de retardar ou mesmo evitar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis associadas a esse processo, tais como doenças cardíacas, neurodegenerativas e câncer¹¹. Nesse sentido cabe destacar que a maioria das doenças crônicas dos idosos tem como principal fator de risco a própria idade, sendo um exemplo disso – e tema desta pesquisa – o câncer de pele, cuja incidência aumenta à medida que se envelhece^{12,13}.

Não é por acaso que os cuidados com a pele têm emergido como tema de debates e pesquisas em diversos campos do conhecimento. A pele é o maior órgão do corpo humano e fornece a primeira barreira contra os fatores ambientais que fisicamente e/ou quimicamente possam causar alterações ou danos na função corporal¹⁴. Além disso, é através dela que se pode perceber de forma visível a ação do tempo, pois com o passar dos anos a pele torna-se enrugada, frouxa, seca e

irregularmente pigmentada¹⁵. Trata-se de um processo de envelhecimento que aparenta ser o resultado da sobreposição de dois processos, o envelhecimento intrínseco, que é decorrente da passagem do tempo, e o extrínseco, decorrente de agressões ambientais¹⁶⁻²¹.

O envelhecimento intrínseco é um processo natural, decorrente de alterações na função fisiológica da pele^{19,22}, com influência da carga genética^{16,20}. Este processo é caracterizado pela atrofia, perda da elasticidade e diminuição da atividade metabólica da pele. Os sinais visíveis do envelhecimento intrínseco são rugas finas e pele fina, transparente e seca, além da perda da gordura subjacente e incapacidade de transpiração suficiente para arrefecer a pele^{18,23}. Diferentemente, o envelhecimento extrínseco é causado por fatores ambientais como, poluição, má alimentação, consumo excessivo de álcool, fumo e a radiação ultravioleta (UV)²⁴. Dentre os fatores ambientais que contribuem para esse tipo de envelhecimento, a repetida exposição, a longo prazo, à radiação UV é considerado o mais significativo e é chamada de fotoenvelhecimento^{18,23,25,26}. Os efeitos do fotoenvelhecimento são mais proeminentes nas áreas do corpo que estão expostas ao sol^{19,22,23} podendo ocorrer modificações na pigmentação, rugas, flacidez e ressecamento²⁷.

Estes dois tipos de envelhecimento levam a modificações específicas na estrutura e função da pele, cujas alterações estão melhor descritas no quadro 1 (na próxima página), e tem como resultado uma diminuição na eficácia da barreira cutânea e, conseqüentemente, um aumentando da sua vulnerabilidade a danos²¹.

Um dos aspectos extrínsecos que tem sido intensamente destacado enquanto fator impactante sobre a vulnerabilidade e causador de danos na pele (e também relacionado ao processo de envelhecimento) é a radiação UV, mas que não é exclusivamente um elemento degradador. Sabe-se que a radiação UV causa efeitos positivos e negativos sobre a saúde humana. A síntese de vitamina D é um dos seus raros efeitos benéficos, e entre os efeitos negativos estão às queimaduras de sol, envelhecimento prematuro da pele e o aumento considerável do risco de aparecimento de câncer de pele^{26,29-33}. A radiação UV é o principal agente etiológico da maioria dos tipos de câncer de pele³⁴, sendo que esta é a neoplasia de maior incidência em vários países, incluindo o Brasil^{35,36}.

Existem dois tipos de câncer de pele, não melanoma e o melanoma. O não melanoma é a forma de câncer mais comum em humanos^{37,38} e representa aproximadamente 95% de todas as neoplasias cutâneas³⁹. Apesar da baixa

letalidade, esse tipo de câncer é extremamente agressivo, podendo levar a uma considerável desfiguração ou mesmo em perda da função da região afetada^{40,41}. Já o câncer do tipo melanoma é extremamente agressivo e maligno⁴²⁻⁴⁴, sendo a sua detecção e intervenção precoces fundamentais para o prognóstico e sobrevivência⁴². Devido à alta incidência e mortalidade, o melanoma cutâneo é considerado o câncer de pele de maior importância médica⁴⁵.

Quadro 1 – Alterações cutâneas provocadas pelo envelhecimento intrínseco e extrínseco

	Envelhecimento Intrínseco (cronológico)	Envelhecimento extrínseco (fotoenvelhecimento)
Rugas	Finas	Profundas
Camada córnea	Inalterada	Afilada
Células displásicas	Poucas	Muitas
Fibras de colágeno	Pequena alteração no tamanho e organização	Grande alteração no tamanho e organização
Fibras elásticas	Reorganizadas	↓ da produção ↑ da degeneração
Folículo capilar	↓Número e afinamento	↓ Número e estrutura perda capilar
Melanócitos	Normal	↓ Número e melanina
Glândulas sebáceas e sudoríparas	↓Número	↓Número e pele seca
Junção dermoepidérmica	Leve achatamento	Importante achatamento
Microvasculatura	Área reduzida	Telangiectasias, equimoses, infiltrado inflamatório perivascular
Alterações benignas	Ceratose seborreica	Ceratose seborreica
Alterações pré-malignas	-	Ceratose actínica
Alterações malignas	-	Carcinoma basocelular Carcinoma espinocelular

Fonte: Adaptação de Montagner e Costa (2009)²⁸ ↓ diminuição, ↑ aumento.

A incidência destes dois tipos de câncer de pele tem aumentado, mundialmente, de forma considerável ao longo dos anos^{46,47}, e a detecção precoce de lesões cancerosas revela-se importante para reduzir a mortalidade e morbidade⁴¹. Quaisquer alterações no tamanho, forma ou cor em lesões da pele podem ser prontamente detectadas por uma inspeção visual na superfície do corpo, configurando um tipo de exame seguro, não invasivo e sem custo, com aceitação da

população em geral⁴⁸. Esta avaliação primária é comumente realizada por profissionais da medicina não especialistas em oncologia^{41,49}. Wills (2002) vai mais além, afirmando que a avaliação pode envolver outros profissionais da saúde, desde que estes tenham conhecimentos relativos às técnicas de rastreio de câncer de pele. Entre esses profissionais encontra-se o fisioterapeuta, pois devido à natureza dos exames e as técnicas de tratamento empregados, ele pode ser capaz – se dispõem de conhecimentos – de detectar uma lesão de pele suspeita⁴¹. O fisioterapeuta geralmente tem a oportunidade de observar as áreas expostas do corpo, e o conhecimento das características das lesões benignas e patológicas podem facilitar para um encaminhamento para avaliação, diagnóstico e tratamento, se necessário⁵⁰. Isto é, com o preparo adequado, pode realizar um *screening* dermatológico em seus pacientes como parte dos exames de rotina⁵¹.

Essa possibilidade objetiva de exame pelo fisioterapeuta encontra correspondência com as responsabilidades apontadas no *Guide to Physical Therapist Practice* publicado pela Associação Norte-americana de Fisioterapia (APTA; sigla do inglês: *American Physical Therapy Association*)⁵² em 2001. Neste guia, o fisioterapeuta é mencionado como responsável pela manutenção da integridade do sistema tegumentar como um todo, incluindo as alterações superficiais da pele. No contexto brasileiro dessa profissão, ainda que recentemente, tem se constituído uma especialidade intimamente vinculada aos cuidados dermatológicos, denominada de Fisioterapia Dermato-Funcional. Trata-se de uma subárea de intervenção, exclusiva do profissional fisioterapeuta, reconhecida legalmente nos termos da resolução 362/2009, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)¹, considerando “[...] a necessidade de prover, por meio de uma assistência profissional adequada e específica, as exigências clínico-cinesiológico-funcionais dos indivíduos com alterações nas funções da pele e estruturas relacionadas”⁵³.

Embora a resolução que reconhece a Fisioterapia Dermato-Funcional como uma especialidade seja de 2009, já em 2006 um estudo de revisão realizado por Milani, João e Farah (2006), apontava uma série de campos de atuação (fibroedema gelóide; estrias; obesidade; flacidez; lipodistrofia localizada; pré e pós-cirurgia

¹ O COFFITO, no uso das atribuições conferidas pelo art.5º da Lei nº. 6.316, de 17 de dezembro de 1975, em sua 183ª Reunião Plenária Extraordinária, realizada no dia 20 de Maio de 2009, no Art.1º reconheceu a Fisioterapia Dermato-Funcional como especialidade própria e exclusiva do profissional Fisioterapeuta.

plástica estética e reparadora; cicatriz hipertrófica e quelóide; queimaduras; e linfedema). Apesar de concluírem salientando a necessidade de mais pesquisas, este levantamento apontava claramente o desenvolvimento, ou melhor, a consolidação de contornos de uma área específica de atuação do profissional Fisioterapeuta. Na obra intitulada “Fisioterapia em Estética”, Guirro e Guirro (1992), também já pontuavam uma história da área, como também aspectos teóricos e práticos. A crescente valorização da estética corporal e o reconhecimento de suas implicações para o bem-estar psicossocial correspondem exatamente à emergência de um mercado de trabalho e ao aumento do interesse por parte de estudantes e de profissionais por essa recente área, criando uma demanda por disciplinas e cursos de formação *lato sensu* capazes de preparar esses profissionais para a atuação⁵⁶.

Em levantamento realizado no mês de dezembro de 2012 nos *websites* do COFFITO⁵³ e do CREFITO-5⁵⁷, constatou-se que existem 166.265 fisioterapeutas registrados no Brasil, dos quais 9.652 estão na região do Rio Grande do Sul, sendo que desses, 2.823 estão situados na cidade de Porto Alegre. Noutro levantamento, este realizado nos *websites* de Universidades, Centros Universitários e Faculdades (públicas, privadas e comunitárias) da região metropolitana de Porto Alegre, observou-se que, em funcionamento, existem 4 cursos de especialização *lato sensu* em Fisioterapia Dermato-Funcional e que outros 4 terão sua primeira edição neste ano de 2013. O que estes dados permitem perceber é que esta área da Fisioterapia está em crescimento e que há uma demanda pela formação dos profissionais.

Desse cenário de oferta-procura por uma formação especializada e de aumento dos cuidados com a pele, mas também das preocupações com os índices crescentes de incidência de câncer de pele, é que emerge a questão problema desta pesquisa, qual seja: **saber como se dá, no seio destes cursos de especialização ofertados na região metropolitana de Porto Alegre, o processo de formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto a possibilidade de identificação – exame primário – do câncer de pele característico no envelhecimento cutâneo?** Esta questão norteadora da investigação coloca no cerne da investigação a preocupação com a qualidade do processo de formação dos profissionais, tendo como foco de análise a formação e as práticas dos docentes destes cursos de especialização, assim como a inserção do câncer de pele enquanto conteúdo nas suas disciplinas/currículos.

Mais do que “ensinar conteúdos”, compreende-se que os docentes dos cursos de Fisioterapia são os responsáveis por ensinar e preparar esses futuros profissionais a como serem seguros, eficientes e efetivos prestadores de cuidados de saúde, sendo esses docentes referências para os discentes⁵⁸. Porém nem sempre o processo de formação, no contexto atual, dá conta dessa tarefa, tal como aponta uma severa crítica apresentada por Campos (2000) em relação ao profissional da saúde. Este autor afirma que tais profissionais ainda “recebem” uma formação que não é compatível com as necessidades do mercado de trabalho. Continuam tendo uma formação tradicional, fragmentada e compartimentada, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, levando à formação de especialistas que muitas vezes não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. A partir disso, o mesmo autor advoga pela implementação de questionamentos sobre as profundas transformações nos processos de formação em profissionais da área da saúde, ou seja, sobre a necessidade de reflexões e críticas dos modelos tradicionais de formação, com o objetivo de atender às novas políticas de saúde, o que se impõe como um grande desafio da preparação do profissional qualificado.

Há uma crescente tendência na busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica reflexiva e transformadora, indo além do treinamento puramente técnico. Esse é um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial da saúde, isto é a sensibilização e preparação dos profissionais, que normalmente têm uma formação fundamentalmente tecnicista na graduação e na pós-graduação⁶⁰. Esta é uma crítica que se faz também na área da Fisioterapia, no sentido de que ela redimensione o enfoque da sua formação, voltando-se para a promoção da saúde, o que não significa deixar de lado as competências relacionadas à reabilitação de problemas já instalados. A atuação direcionada apenas para a reabilitação impõe limitações à prática do fisioterapeuta⁶¹.

Essa educação, no que se refere ao profissional da saúde, deve ser capaz de transcender uma abrangência maior com expansão da consciência individual e coletiva, pois nesse sentido se constituirá um cenário favorável a humanização na gestão das práticas nas instituições de saúde, com melhores condições de recuperação dos pacientes⁶². O que está em jogo, portanto, é o esgotamento do modelo tradicional de formação, a proposta de um novo perfil profissional e a

mudança na abordagem no processo saúde-doença deve estimular os projetos pedagógicos para o ensino das técnicas de Fisioterapia, inserindo-as nos paradigmas atuais⁶³. A formação do profissional da saúde com um enfoque para a funcionalidade humana por meio de intervenções é, a cada dia, mais eminente e necessária, o que certamente culminará em resultados favoráveis à qualidade e inserção no mercado de trabalho, identificando melhor as atribuições do construir em fisioterapia⁶⁴. Num mundo conectado, repleto de informações, não é suficiente transmitir técnicas, sendo imperioso pensar a formação como um processo de desenvolvimento de habilidades, no qual o discente não é um sujeito passivo, pelo contrário, atua ativamente na construção dos conhecimentos como um agente de transformações sociais, cabendo ao docente interpor situações-problemas relevantes à área, colocando-se como um facilitador e orientador^{65,66}.

Este modelo de formação é correlato a uma série de disposições do dinâmico mundo do trabalho. Como descreve Mitre (2008), Silva e Da Ros (2007), espera-se pela iniciativa criadora, curiosidade científica, espírito crítico reflexivo, capacidade para auto-avaliação, cooperação para o trabalho em equipe, senso de responsabilidade, ética e sensibilidade na assistência que são características fundamentais a serem desenvolvidas em seu perfil para se tornar um profissional mais qualificado e comprometido com a profissão. E, além disso, em face a mencionada dinamicidade do mundo do trabalho, a formação desse sujeito-profissional deve ocorrer durante a graduação, mas manter-se como um processo de educação continuada, que ocorrem nas especializações, após a inserção deste profissional no mercado de trabalho⁶⁰.

A questão a saber, portanto, envolve analisar até que ponto os profissionais Fisioterapeutas Dermato-Funcionais, nos seus processos de formação no âmbito de cursos de especialização da região metropolitana de Porto Alegre, estão incorporando estas disposições, sobretudo em que pese a possibilidade de colaborar no tratamento precoce e na prevenção do câncer de pele no cotidiano de sua intervenção clínica. Para tanto, foi desenvolvida esta investigação sobre a formação profissional, baseada na caracterização de 3 eixos: 1) na caracterização da *formação dos docentes* que atuam em cursos *lato sensu* de Dermato-Funcional, com o objetivo de verificar como estes foram preparados para tratar do tema câncer de pele nas suas discentes; 2) na caracterização da inserção do conteúdo câncer de pele nas disciplinas e currículos dos cursos de especialização, pressupondo a

possibilidade de identificação e encaminhamento; e 3) a caracterização das práticas didáticas dos docentes, quando estes se referem ao conteúdo câncer de pele.

2 JUSTIFICATIVA

Com o crescente aumento da expectativa de vida, deve ser reforçada a atenção quanto às doenças que possuem como principal fator de risco a própria idade. Em especial o câncer de pele, que atualmente é a neoplasia de maior incidência em vários países, incluindo o Brasil^{35,36}. O câncer de pele é uma doença extremamente agressiva e com altos níveis de morbidade e mortalidade, sendo o seu precoce diagnóstico fundamental para reverter esse quadro. Entre os profissionais que podem auxiliar no diagnóstico precoce do câncer de pele está o fisioterapeuta, em especial o especialista em Dermato-Funcional, pois este é responsável pela manutenção da integridade do sistema tegumentar como um todo, incluindo as alterações superficiais da pele. Com preparo adequado, o fisioterapeuta Dermato-Funcional pode identificar lesões de pele suspeitas e fazer o encaminhamento para avaliação, diagnóstico e tratamento, se necessário.

Baseado nos argumentos supracitados, a pergunta que foi levantada neste trabalho se relaciona ao preparo do fisioterapeuta Dermato-Funcional para auxiliar na identificação precoce do câncer de pele. Além disso, a justificativa do presente estudo também está sustentada no motivo de que ao se realizar uma consulta em diferentes bases de dados eletrônicas (*PubMed*, SciELO, Lilacs, IBECs, MedLine) e conversas informais com docentes de especialização *lato sensu* em Fisioterapia Dermato-Funcional, é possível perceber a existência de uma lacuna referente ao tema de desse trabalho.

3 OBJETIVOS

A contextualização temática, a problematização e a fundamentação teórica apresentada na introdução deste trabalho, bem como as justificativas pontuadas acima, foram as bases para a constituição das metas deste estudo, colocadas abaixo na forma de objetivo geral (onde se quer chegar) e de objetivos específicos (como se quer chegar).

3.1 Objetivo Geral

Analisar as características da formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto a identificação – exame primário - do câncer de pele característico no envelhecimento cutâneo, ocorrida no contexto dos cursos de especialização, na grande Porto Alegre, a partir dos discursos (ou das representações) dos seus docentes.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar características em relação à formação básica e complementar dos docentes dos cursos de especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional, no que se refere aos cuidados com o câncer de pele característico no envelhecimento cutâneo;
- Identificar características relativas a inserção do câncer de pele enquanto conteúdo das/nas disciplinas/currículos dos cursos de especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional nos quais atuam os docentes;
- Descrever as características das práticas de ensino dos docentes nos cursos de especialização, especialmente quando tratam do ensino de conteúdos relativos ao câncer de pele.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentados aspectos metodológicos da investigação, com o objetivo de explanar os caminhos sistematizados que, a partir do problema de pesquisa e dos objetivos, deram origem aos resultados. Nesse sentido, são apresentadas e fundamentadas as decisões relativas à caracterização do trabalho, da escolha dos colaboradores/interlocutores, dos procedimentos de coleta e de análise/interpretação dos dados.

4.1 Caracterização da investigação

O problema desta pesquisa gira em torno do processo de formação dos Fisioterapeutas Dermato-Funcionais, especificamente, em relação ao câncer de pele característico no envelhecimento cutâneo. Este problema foi abordado de maneira qualitativa, isto é, esteve interessado não apenas na presença ou na ausência do conteúdo câncer de pele na formação, mais que isso, baseou-se na dimensão do significado e da intencionalidade⁶⁹ desse conteúdo, relacionando-o com outros aspectos, entre eles, por exemplo, a trajetória de intervenção dos sujeitos investigados, a estrutura curricular dos cursos e o próprio debate sobre a relação – por vezes tensa – entre estética e saúde.

A investigação sobre as características da formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais ocorrida no contexto dos cursos de especialização *lato sensu*, na grande Porto Alegre, neste estudo, tiveram um delineamento descritivo. Neste tipo de delineamento, tal como afirma Gil (2008)⁷⁰, as pesquisas tem como objetivo “[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (p. 28). No caso desta investigação, o enfoque esteve sobre a descrição do discurso dos docentes em relação à formação no âmbito dos cursos a partir de 03 aspectos: o câncer de pele como conteúdo; a formação dos professores dos cursos; e a prática didática dos docentes.

4.2 Sujeitos da pesquisa

No presente trabalho, o procedimento de amostragem foi não-probabilístico, do tipo intencional, através do qual, conforme orientam Barros e Leheld (1990, p. 61), “o pesquisador se dirige intencionalmente [...] a grupos de elementos dos quais deseja a opinião”⁷¹, mas seguindo alguns critérios. Neste caso, participaram da investigação 08 docentes atuantes com um mínimo de 10 anos de exercício legal da profissão, e no mínimo 4 anos como docentes em cursos de formação em Dermato-Funcional, atuando em distintas disciplinas, porém estas com alguma proximidade com a patologia câncer de pele, tal como resume o quadro 2, abaixo:

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa

DOCENTE	TEMPO DE DOCÊNCIA	ÁREA DE FORMAÇÃO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES)	DISCIPLINAS NOS CURSOS <i>LATO SENSU</i> EM DERMATO-FUNCIONAL
Docente A	06 anos	Fisioterapia	PUCRS, ULBRA	Corporal e Dermatologia Patológica
Docente B	07 anos	Fisioterapia	IPA	Fisiologia e Eletroterapia Aplicada a Dermato
Docente C	07 anos	Fisioterapia	ULBRA	Eletroterapia Básica
Docente D	07 anos	Fisioterapia	IPA	Eletroterapia Aplicada a Dermato, Drenagem Linfática em Pós Operatório, Avaliação e Corporal.
Docente E	11 anos	Fisioterapia	UTP	Drenagem linfática Pós Operatório, Procedimentos Pós Operatórios de cirurgia Plástica Reparadora e Vascular
Docente F	15 anos	Fisioterapia	FEEVALE	Drenagem Linfática, Corporal e Procedimentos em CA de Mama
Docente G	4 anos	Fisioterapia	ULBRA	Eletroterapia Estética
Docente H	4 anos	Fisioterapia	IPA	Corporal, Drenagem Ca Mama

Observação: os nomes dos sujeitos investigados foram substituídos pelas letras do alfabeto (docente A, B, C, etc.), com o intuito de garantir o sigilo das suas identidades, tal como sugere os procedimentos de ética de pesquisa.

O número de docentes participantes da pesquisa foi definido a partir da frequência de cursos *latu sensu* em Dermato-Funcional, ofertados por Instituições de Ensino Superior (IES) da cidade de Porto Alegre. Num levantamento realizado junto às IES, foram observados 04 ofertados há mais de 5 anos. Destes cursos, procurou-se selecionar, pelo menos, um docente com experiência neste tipo de formação.

4.3 Procedimentos de coleta de dados

Quanto aos procedimentos de coleta de dados – isto é, dos discursos dos docentes – esta pesquisa esteve baseada na realização de entrevistas, entendidas aqui como uma forma de interação social na qual se estabelece um diálogo assimétrico em que o pesquisador procura obter as informações e o informante apresenta, ou melhor, engendra o seu discurso a respeito das questões⁷⁰. Dentre os tipos de entrevistas, optou-se pela realização de um procedimento semi-estruturado (ou semi-aberto), caracterizado pela existência de uma pauta de questões pré-elaboradas que o pesquisador vai explorando ao longo do diálogo com seu interlocutor. Estas pautas compuseram um roteiro ordenado, porém não rígido ou inflexível, de indagações – estas orientadas pelos objetivos específicos do presente estudo – que era apresentado aos entrevistados (ver Apêndice 1).

Para a realização das entrevistas, foi estabelecido um primeiro contato com os sujeitos selecionados. Neste momento lhes foram apresentadas as características básicas da investigação (problema e objetivos) e do tipo de colaboração desejada (entrevista), tal qual fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em processo tramitado sob o registro 11/05648. Àqueles que aceitaram participar, pouco antes da efetivação da entrevista, foi apresentado o roteiro e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice 2), no qual constavam a identificação dos responsáveis pela pesquisa, os propósitos dela e os aspectos relativos ao uso das informações, dos riscos da participação e dos cuidados para garantir o sigilo da identidade dos informante. Cientes dos termos da participação, depois de assinarem o referido termo, os sujeitos selecionados responderam as questões constantes no roteiro.

Metade das entrevistas (04) foram realizadas “face-a-face”, ou seja, diante das questões interpostas, os interlocutores apresentavam suas respostas e a informação em áudio destas eram gravadas, na íntegra, por um aparelho celular Motorola®, modelo XT300. No entanto, a outra metade (04) foram realizadas “por telefone”, seguindo o mesmo roteiro, sendo o áudio destas também registradas no aparelho celular, com a utilização de um *software*/aplicativo denominado *Call Recorder*. Este segundo recurso de entrevistas mediadas por veículo de

comunicação foi necessário devido a dificuldade de agendamento, sobretudo pelo fato dos interlocutores não residirem na cidade de Porto Alegre.

O produto destas entrevistas (registradas no formato digital) foi, então, submetido a um procedimento de transcrição, através do qual os seus conteúdos expressados através da fala foram transformados em textos. No decorrer desta ação, foram produzidos ajustes textuais (correção de problemas gramaticais e supressão de vícios de linguagem), atentando para o fato de que tais modificações não alterassem o sentido das afirmações.

4.4 Procedimentos de análise dos dados

Com os textos das entrevistas “em mãos”, no decorrer do processo de análise e interpretação, optou-se pela utilização da técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin (1977) como um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição e categorização dos conteúdos manifestos em mensagens, para inferências⁷². Com base nas orientações contidas nos trabalhos de Bardin (1977), de Barros e Leheld (1990), de Moraes (2003) e de Minayo (2004), optamos pela realização da análise dos conteúdos em 3 fases, tal como está descrito abaixo:

- **Pré-análise:** tendo em mente os objetivos da investigação, fora realizada uma *leitura flutuante* dos textos-entrevistas, deixando-se impregnar pelos conteúdos. A partir desse primeiro exercício, foram formuladas as primeiras hipóteses de categorias que representariam os conteúdos em relação aos objetivos específicos.
- **Recortes temáticos:** no caso deste estudo, optou-se por uma análise de conteúdo temática. Por isso, procurou-se identificar frases ou parágrafos que continham núcleos de significados, cuja presença tivessem sentido em relação aos objetivos específicos da pesquisa, isto é, às características da formação. Estes temas foram, então, recortados e desagregados do texto. Tais recortes foram denominados de unidades de significado ou unidades de registro.
- **Codificação e categorização:** na sequência, as unidades de registro passaram a receber códigos que os identificassem, estes considerando os objetivos propostos na investigação e as hipóteses inicialmente formuladas na pré-análise. Esta operação de codificação, que correspondeu ao exercício de expressar os

dados na forma de conceitos, fora repetida algumas vezes até que emergissem algumas categorias, isto é, até que os conteúdos pudessem ser classificados em categorias de significados relativas às características da formação dos Fisioterapeutas Dermato-Funcionais. Grosso modo, os códigos foram agrupados e, assim, se tornaram as categorias de análise.

Este exercício de transformação do texto em categorias analíticas representativas foi definido por Flick (2004) como uma técnica de redução. Para este autor, trata-se de [...] um resumo dos conceitos em conceitos mais *genéricos* e ao aperfeiçoamento das relações entre os conceitos e conceitos genéricos, ou categorias e conceitos superiores (p. 189). Com base nessas categorias-conceitos mais genéricos é que foi efetivado o exercício de interpretação das características da formação dos profissionais Dermato-funcionais, cujos resultados são apresentados na próxima seção deste trabalho.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No conteúdo das entrevistas realizadas com os docentes dos cursos, foram determinadas e extraídas 108 (cento e oito) unidades de registro, em que tratavam das características da formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto ao cuidado com o câncer de pele característico no envelhecimento cutâneo. Estas unidades, num primeiro movimento analítico foram organizadas de acordo com os objetivos específicos e, depois, em categorias e sub-categorias emergentes das entrevistas. Tal processo descritivo e interpretativo está exposto abaixo, começando pela formação dos próprios docentes interlocutores do estudo, passando pela presença do conteúdo câncer de pele nas grades curriculares e, por fim, pelas maneiras de ensino desse conteúdo nos cursos.

5.1 A formação dos docentes em relação ao câncer de pele

O primeiro objetivo específico do trabalho foi examinar a formação dos próprios docentes que atuam nos cursos de especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional. Nesse sentido, no que se refere aos cuidados com o câncer de pele, foram encontradas 29 unidades de registro, estas distribuídas em 04 categorias analíticas, tal como pode ser observado no quadro 3, abaixo. De modo geral, ficou bastante evidente que, em grande medida, a formação dos docentes a respeito deste tema não se deu num processo de formação primária, “nos bancos” das Instituições de Ensino Superior, mas em outros espaços/situações.

Quadro 3 – Quadro sinóptico das categorias e sub-categorias que correspondem às características observadas em relação ao câncer de pele na formação dos docentes dos cursos, seguidas das frequências das unidades de registros alocadas em cada uma delas (entre parênteses).

Objetivo	Categorias	Sub-categorias
Formação dos docentes em relação ao câncer de pele (29)	Observação de casos no cotidiano da profissão (13)	Observação de casos em pacientes (10)
		Atuação em equipe médica (02)
		Fazendo campanha de prevenção (01)
	Observação de casos em conhecidos (07)	Amigos (04)
		Familiares (03)
	Em cursos, com médicos (04)	Cirurgião plástico (03)
		Graduação em medicina (01)
Fora dos cursos de formação inicial e continuada, área recente (05)		

Uma primeira constatação (categoria com 13 unidades de análise) foi a de que a formação dos docentes entrevistados ocorreu mediante a observação de casos em pacientes, no processo de atuação com outros profissionais da área da saúde e o pelo envolvimento em campanhas de prevenção. Isto é, a formação esteve intimamente ligada ao cotidiano de intervenção desses profissionais que, atualmente, trabalham como docentes em cursos de formação. Estes docentes aprenderam com suas próprias experiências e também observaram a experiência dos outros colegas (destaque para os médicos), tal como exemplificam as afirmações abaixo:

[...] mais é assim por estar aqui no hospital, que o Dr. [nome do médico] que é membro de cirurgia plástica e tinha o médico amigo meu, que fez a parte da cirurgia plástica aqui, mais é por contato com ele assim, mas nada de docência específico, mais por causa de uma amizade e trocas de experiências, específico na docência não. (docente G)

Mais importante de tudo né seria a prevenção eu moro numa cidade de interior e tem muita colônia né, então a gente inclusive faz alguns trabalhos aqui de oficinas para educação para uso do protetor solar enfim, né por que eu acho que esse tipo de trabalho é muito pouco desenvolvido. (Docente G)

Nos discursos dos docentes podemos constatar que eles “trazem uma bagagem pessoal” que, segundo Bois e Paim (2010), correspondem e corroboram os seus valores, sua história profissional e pessoal. Notadamente a forma, mesmo que não estruturada, baseada em contato pessoal e vínculos de afinidade com demais profissionais de saúde, nos levam a crer que essas experiências enriquecem a relação do docente com o meio em que ele está. Essa experiência dos docentes, esse contato com o tema câncer de pele, que no caso aqui foram ressaltadas em trabalho com outros profissionais, e experiência com pacientes e em campanhas de prevenção.

Uma das reflexões sobre esse tema é encontrada no estudo de Albuquerque *et al.* (2008) a respeito da integração ensino-serviço na formação superior dos profissionais da saúde em equipes multidisciplinares. Acompanhando as reflexões de um grupo vinculado a um curso de especialização na área de saúde (médicos, enfermeiras e um biólogo), os autores fundamentam o entendimento de que os “serviços” e as “equipes multidisciplinares” são espaços privilegiados de formação profissional, devendo estes estarem estreitamente integrados ao ensino. Em contraponto ao distanciamento ensino-trabalho, argumentam que os cenários de

ensino-serviços são extremamente férteis para a objetivação/subjetivação da integralidade do conhecimento.

Não se pode negar, como mostra o trabalho de Campos *et al.* (2000), as vantagens da integração multiprofissional visando a utilização de técnicas multidisciplinares integradas, para obtenção de uma melhor construção de um novo modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica e a relevância social. A integração, segundo Motta e Aguiar (2007), entre diferentes áreas e a abordagem de problemas de forma criativa demanda mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais. Cabendo aqui o conhecimento das diferentes áreas da saúde, um profissional “tendo conhecimento” da atuação do outro, facilitando e integralizando suas ações tanto na área primária, secundária e terciária. Como exemplo, um médico Dermatologista sabendo que o fisioterapeuta Dermato-Funcional pode atuar na prevenção assim como o fisioterapeuta pode usufruir do conhecimento e técnicas de um médico para melhor atuar nessa prevenção. É claro que existem barreiras institucionais, que fazem considerar a necessidade de intervir sem interferir no trabalho do outro, ultrapassando apenas a renovação de estratégias pedagógicas, mas sim complementando e incorporando conteúdos científicos e técnicos de vários campos para um melhor resultado de ganho social.

Diante desses cenários, pode-se observar que os docentes são atores da sua própria formação, muitas das vezes se valendo da experiência para analisar as situações do seu cotidiano acadêmico nas quais suas vivências práticas podem trazer soluções adequadas aos problemas identificados⁷⁷. Trata-se de um processo de construção (social) da maturidade docente, esta ressaltada quando existe uma autodescoberta do docente sobre suas necessidades, valores e possibilidades, que em um todo compõe as bases para sua atuação pedagógica⁷⁸. Essa aprendizagem/maturação, tal como assevera Claxton (2005), é algo que acontece durante o percurso da vida, e isso muitas vezes não ocorre de maneira planejada, mas na medida e na forma que o docente se comporta diante das oportunidades, podendo ou não valorizar tal experiência, pessoal ou acadêmica.

No caso da presente pesquisa, verificou-se que esta dinâmica de maturação não ocorre/ocorreu apenas nos espaços de formação e de atuação dos docentes em Instituições de Ensino, mas fundamentalmente na intervenção profissional para além destes espaços. A intervenção, nesse sentido, joga papel central na formação e na identidade docente, o que corresponde exatamente à afirmação de Kramer e Souza

(1996), quando estes comentam que essa identidade do docente não é facilmente adquirida. Existe uma constante batalha e conflitos, em que diariamente tem que conciliar diversos interesses, da sociedade, pessoais e materiais. Para estes autores, não há como separar o que somos como indivíduos quando exercemos o ensino e da maneira de como ensinamos. Os cidadãos do Reino Unido e conseqüentemente os dos Estados Unidos tem uma expressão que muito colabora para o entendimento deste conceito que é “*walk the talk*” que significa pavimentar seu discurso com ações.

Essa dinâmica – de formação cotidiana e contínua – fica bastante clara nos discursos dos docentes e, por vezes, indica que extrapolou a própria aprendizagem nos ambientes de intervenção profissional. Quando questionados sobre seus conhecimentos nas práticas no ensino de doenças de pele, alguns deles revelaram ter experiência do tema com pessoas próximas, amigos e familiares: “[...] *essa minha amiga que teve melanoma graças a Deus era fase inicial [...]*” (Docente A); “[...] *Tive uma amiga que teve melanoma, acompanhei a angústia dela, mas faz alguns anos [...]*” (Docente B); “[...] *tenho, minha mãe meu pai já tiveram, câncer de pele, tiveram que fazer cirurgia, retirada facial [...]*” (Docente E). Tais relatos indicam que as experiências vividas pelos docentes de alguma forma os constituem e, ainda que não “adquiridos” nos “bancos das universidades”, tem ressonâncias sobre o crescimento intelectual do discente. Em sentido mais amplo, os professores podem ser tomados como “mobilizadores de saberes”⁸¹ considerados relevantes para um processo de formação, o que não exclui a sua trajetória de vida e sua socialização em distintos espaços sociais.

Essas “outras trajetórias” – dentro ou fora dos espaços de intervenção profissional – acabaram por ocupar bastante espaço nas análises do presente trabalho em virtude daquilo que os interlocutores apontaram como sendo reflexo de uma “área recente”, ainda em processo de consolidação. Alguns dos entrevistados apontaram (ver os excertos abaixo) que sua formação a respeito do câncer de pele ocorreu (por “sorte” como salientou um deles) em aulas com profissionais médicos e um dos docentes entrevistados, aliás, é formado também em medicina.

Sim tive sorte. Na minha formação na [nome da Instituição de Ensino Superior] [...], na minha formação tive uma cadeira de Dermato-Funcional e tive a cadeira com um cirurgião plástico, [...] ele começou com a primeira turma lá da [nome da Instituição de Ensino Superior]. (Docente C)

Na época da faculdade (de medicina) durante laboratório de dermato, nós tivemos, e como minha mãe é dermatologista também, [...] (Docente A)

Não é uma novidade essa derivação da Fisioterapia da Medicina e até mesmo um reconhecimento de hierarquia (legítima), tal como indica a palavra “sorte” elencada acima. Um dos trabalhos que discorreu sobre a formação da Fisioterapia enquanto profissão e que abordou essa relação com a Medicina foi desenvolvido por Nascimento et al. (2006). Nesse estudo histórico sobre a realidade de Belo Horizonte, os autores pontuam como a formação da área esteve atravessada pela medicina e seu monopólio sobre os saberes, concluindo que a composição da área se relaciona historicamente com a composição de um corpo próprio de conhecimentos, da delimitação de suas particularidades. Em que pese, especificamente a sub-área da Fisioterapia, a Dermato-Funcional, esta muito mais recente, os seus limites estão também em construção, como discorre a revisão de literatura realizada por Milani, João e Farah (2006), na qual reconhecem que a literatura é escassa, mas que já se pode observar um corpo de literatura científica capaz de indicar alguns contornos. Desse cenário, certamente, deriva o processo de formação dos docentes, ainda bastante pautado pelas experiências profissionais, nos seus campos de intervenção.

5.2 O câncer de pele como conteúdo dos cursos

A propósito do segundo objetivo específico desta investigação – mapear características referentes ao câncer de pele como conteúdo dos cursos/aulas de formação dos Fisioterapeutas Dermato-Funcionais – com base nas entrevistas realizadas, foram observadas 52 unidades de registro. Com o intuito de destacar as características, tais informações foram classificadas em 02 categorias (relevância do conteúdo na atuação profissional; e conteúdo periférico, complementar ou diluído entre outros). Estas categorias, por sua vez, estão sustentadas (no discurso dos docentes) por uma série de informações que denominamos de sub-categorias, tal como está ilustrado no quadro 4, na próxima página.

Em relação a primeira categoria (a mais recorrente nas entrevistas), não restam dúvidas que o conteúdo “câncer de pele” está presente na formação dos profissionais e que isto acontece em face a três aspectos, todos referidos em termos

da sua relevância: primeiro, porque trata-se de identificar (não diagnosticar) possíveis indícios e alertar os pacientes sobre os perigos da patologia, encaminhando-os para médicos especialistas a fim de que, em caso de necessidade, procedam o tratamento precocemente, aumentando as chances de cura; segundo, porque tais conteúdos implicam na escolha correta/adequada de procedimentos relacionados a prática dos profissionais em Dermato-Funcional, de modo que a intervenção não figure como um agente causador ou facilitador da patologia; e, terceiro, porque entende-se que cabe ao profissional não apenas atuar na identificação precoce, mas também orientar os seus clientes a respeito do problema, explicando a eles sobre os cuidados necessários para preveni-lo.

Quadro 4 – Quadro sinóptico das categorias e sub-categorias que correspondem às características observadas em relação ao câncer de pele como conteúdo da formação, seguidas das frequências das unidades de registros alocadas em cada uma delas (entre parênteses).

Objetivo	Categorias	Sub-categorias
O câncer de pele enquanto conteúdo (52)	Relevância do conteúdo na atuação profissional (27)	Subsídios alertar e encaminhar precocemente (12)
		Escolha do (melhor) tratamento (09)
		Condições para orientar os pacientes (06)
	Conteúdo periférico, complementar ou diluído entre outros (25)	Entre conteúdos básicos, sem aprofundamento (12)
		Juntamente com outras patologias (07)
		Ênfase na intervenção estética (04)
		Conteúdo estigmatizado (02)

No decorrer das entrevistas com os docentes, várias vezes (27) que estes 03 aspectos em torno da relevância foram mencionados. Os exemplos mais ilustrativos dessas sub-categorias foram:

Na verdade até deveria ser abordada na aula de avaliação, avaliação de pele, acho importantíssimo, até porque o fisioterapeuta fica mais tempo com paciente sem roupa. Não é o que acontece, mas deveria saber avaliar as manchas [...]. Deveria ter na aula de avaliação e que fosse bem dado (abordado) e que os fisioterapeutas Dermato-Funcionais tivessem consciência, que soubessem avaliar as lesões. Não é diagnosticar, é avaliar e encaminhar, dependendo do tempo não tem o que fazer (Docente A)

Por que eu acho um problema, realmente é um problema essa coisa do câncer de pele, porque hoje a fisio Dermato-Funcional faz limpeza de pele, *peeling*, ácidos né!? Acho até um problema sério, tem que avaliar bem aquela pele, aquele tipo de tecido, para poder estar aplicando alguma coisa, né!? (Docente E)

Eu acho que assim, participando em campanhas de prevenção em escolas, empresas, no dia a dia. Acho que essa coisa de corpo a corpo, tendo um material informativo para entregar para essa pessoa, para um paciente que possa achar que venha a ter algum problema, entrando em contato com dermatologista que possa fornecer esse tipo de material, e principalmente observando esse paciente né. (Docente H)

Em que pese estes aspectos que salientam a relevância do conteúdo, outros estudos, ainda que não diretamente vinculados à formação do fisioterapeuta, apontam para a necessidade deste tipo de conhecimento. Nos trabalhos realizados por Nora *et al.* (2004), Palmer e Midgette (2010) estes pesquisadores afirmam que o câncer de pele é bastante comum, muito embora figure como um dos mais “preveníveis”. Salvio *et al.* (2011), Kamell *et al.* (2011) e Cannick *et al.* (2007) salientam a carência de informações e de hábitos de prevenção, relacionando essas questões ao aumento da incidência, havendo a necessidade de um melhor aconselhamento aos profissionais da saúde (tal como destaca-se em relação a atuação do fisioterapeuta Dermato-Funcional), já que estes podem orientar seus pacientes para aumentar sua adoção à prevenção, pois estudos como de Moyer (2012), Hirst *et al.* (2012) e Altsitsiadis (2012) demonstram que a intervenção primária no câncer de pele é efetiva.

Embora se reconheça a relevância deste conteúdo e que ela esteja fundamentada de diversas formas, tal como ilustram os excertos das entrevistas apresentados acima, também não ficaram muitas dúvidas que o conteúdo “câncer de pele” não ocupa centralidade na organização curricular dos cursos e também nas disciplinas dos docentes entrevistados. Tornou-se possível afirmar isso através da observação de outros 04 aspectos (sub-categorias) dos discursos dos docentes quando eles tratavam da presença do tema nas suas aulas. O primeiro deles, e mais recorrente (12 unidades de registro) é o de que as noções sobre o “câncer de pele” são mencionadas “dentro” de disciplinas não específicas – ou com conteúdos “mais amplos/aplicados” –, como referiu-se o Docente G, comentando que

A gente trabalha isso numa visão em primeira instância numa cadeira, que a gente chama de fundamentos em dermatologia. Então numa própria discussão básica o professor já começa puxar uma discussão sobre isso e, depois nas cadeiras aplicadas, tem as cadeiras aplicadas tanto da facial como da corporal, onde eles [os professores] voltam a discutir esse tema. Mas eu acho que, na realidade, a grande dificuldade é um conhecimento de fundamentos básicos [...]

Nesse aspecto curricular, se, num primeiro momento a característica “diluída/periférica” de apresentação do conteúdo câncer de pele parece carregar uma dimensão negativa – denotando uma “menor importância” –, num segundo momento, pesando o debate a respeito da organização das disciplinas, esta caracterização assume outro significado, como um conteúdo articulador. Tanto os

conteúdos das entrevistas como minha experiência na atuação em cursos, se observa claramente a fragmentação das disciplinas, aspecto este que preocupa alguns estudiosos do assunto. Entre eles, Campos *et al.* (2000), que em seu discurso tentam encontrar caminhos para formação de profissionais da área da saúde, onde corriqueiramente encontramos essa fragmentação que compõem muitos planos de estudos e o desenvolvimento isolado das disciplinas, trazendo como estratégia o rompimento desses modelos disciplinares rígidos na área da saúde, e na busca do aperfeiçoamento da formação do Fisioterapeuta, no caso aqui, trazer a integração de diferentes conhecimentos, áreas disciplinares e profissional como método didático para educar profissionais com senso crítico.

Em certa medida, o que a observação da diluição do conteúdo câncer de pele em várias disciplinas ajuda a perceber refere-se a uma dimensão de integralização dos conhecimentos frente a tradicional fragmentação. A necessidade de integralizar essa fragmentação, mostrada por Mitre *et al.* (2008), inter-relacionando o tema nas diversas formas de abordagem para ser ter assim a visão de um todo no âmbito de possibilitar a propagação da consciência individual e coletiva. Essa mudança por si só já traria grande melhoria na relação diagnóstico precoce e tratamento apropriado como apontado em diversos estudos.

O currículo, de acordo com Ferreira (1986), deve cumprir seu papel de ferramenta norteadora da prática pedagógica, possibilitando que as instituições de ensino se valham dessa importante ferramenta para atuar em seu papel “socializador” e de melhoria das condições de saúde dos cidadãos. Nesse sentido, torna-se imperioso conduzir uma reorientação pedagógica que possibilite não apenas uma integração entre as disciplinas (em contraponto à fragmentação), mas também uma efetiva integração entre as instituições e a sociedade, mas tal reestruturação exige um esforço e uma vontade política muito grande, pois o currículo está no cerne de todas as instituições de ensino⁶⁶.

Um desses aspectos de integração das instituições de formação com a sociedade e que justificam a relevância do conteúdo câncer de pele na grade curricular refere-se exatamente a sua importância na resolução de um problema social. Os programas de Pós-Graduação *lato* e *stricto sensu* tem essa responsabilidade⁹², porém, diante das mudanças sociais intensamente dinâmicas, da grande quantidade de informações e do rápido e crescente acesso a essas informações, torna-se importante refletir sobre se o conteúdo câncer de pele deve

assumir um caráter “menos periférico” dentre os outros. Se considerarmos essa integração entre as instituições de ensino e a sociedade, dependerá não apenas das lógicas internas dos cursos, mas também dos anseios e demandas sociais. Nesse sentido, os espaços sociais nos quais o problema se manifesta com mais frequência deveriam, pelo menos, interpor um questionamento sobre a mudança curricular. Porém essa mudança do currículo não se dá de uma forma imediata. O currículo, para o bem do ambiente acadêmico, em todos seus aspectos tende a ser estável; toda e qualquer alteração não é executada sem um complexo estudo e validações. Esta estabilidade somada à complexidade de mudanças conferem a vida acadêmica as bases necessárias a uma boa formação, tem como efeito colateral a lentidão nas mudanças⁶⁶.

Nessa lógica da aproximação com a sociedade e seus “problemas”, não é sem motivos que a presença mais evidente do conteúdo câncer de pele se vincula às disciplinas que tratam das patologias ou das disfunções e da estética, como explicitou a Docente A, dizendo que *“dou aula em uma pós-graduação, dou a disciplina de dermatologia patológica, só doenças relacionadas, daí entra ao câncer de pele”*, e a Docente E, comentando que *“[...] na pós mensal, que é um curso só de final de um semana por mês, [...] entra na disciplina de disfunções faciais, com câncer de pele”*. O conteúdo quando dado é apresentado de forma básica como diz a Docente B: *“A gente dá aquele conhecimento básico, na verdade é uma disciplina que se chama fisioterapia cosmetológica facial [...] umas 5 horas rapidinho é uma tarde para falar desse assunto”*.

Ainda que estas posições dos docentes não sejam tão frequentes (em termos de recorrência do conteúdo, quando comparado ao discurso da relevância), elas certamente apontam características importantes a serem consideradas e que denotam o próprio significado social da questão: primeiro que o conteúdo câncer de pele encontra o seu “lugar” no currículo entre as tensões curriculares de enfoque sobre a patologia e a estética; e, segundo, que a expressão “câncer” é carregada de um significado estigmatizante, tratando-se de um tema, no mínimo, “delicado” quando se pensa a forma de trata-lo enquanto conteúdo em sala. A respeito destas duas dimensões (sub-categorias), dois exemplos de unidades de registros são bastante significativos e foram proferidos pela mesma Docente A:

[...] a parte da estética está muito evidenciada. Estética! Nem lembram que estão lidando com saúde. A pessoa tem que ter consciência que está lidando com saúde.

[...] qualquer um leva a um impacto, todos pacientes em si, é difícil, receber um diagnóstico de câncer, tem todo aquele estigma, a pessoa já pensa em morte, [...] acho que tem que ter uma forma adequada de falar, de esclarecer as dúvidas.

A respeito da dimensão estética, já não é uma novidade que a Fisioterapia – enquanto área de intervenção – desenvolveu especialidades, dentre elas a chamada Fisioterapia Estética^{61,93}. Na aproximação com as demandas sociais, até mesmo em vista da ampliação do mercado de trabalho, estes profissionais passaram a dar mais enfoque à estética. Por um lado, isso gera reclamações de que se prioriza mais estética do que a saúde (como se pode notar na manifestação do docente A, acima), mas por outro, reflete um processo psicossocial no qual a noção de saúde se aproxima ou incorpora com mais ênfase o conceito de estética. Um dos trabalhos que demonstra claramente isso foi desenvolvido por Meyer, Medeiros e Oliveira (2003). Estes autores, considerando que as patologias estéticas representam uma ameaça à integridade emocional das pessoas, avaliaram pacientes acometidos por estrias e obesidade. Suas pesquisas demonstraram que o tratamento se reflete positivamente na melhora do bem estar social das pessoas, com impactos positivos sobre a auto-estima (dimensão psicossocial), portanto, sobre a saúde mental.

O interesse dos docentes e alunos sobre a estética corresponde aos anseios sociais, mas, em alguma medida, isso encontra resistência quando se pensa o conceito de saúde mais pautado pela biologia, em detrimento das condições psicossociais (o que não significa que uma é melhor do que a outra). Nesse mesmo sentido, pode-se pensar o estigma relacionado ao conteúdo câncer de pele. Algumas unidades de registros emergentes das entrevistas chamam a atenção para o fato de que a expressão “câncer” carrega um significado estigmatizante, tratando-se de um tema, no mínimo, “delicado” quando se pensa a forma de trata-lo enquanto conteúdo em sala. O fato desse tema ser historicamente estigmatizado como uma sentença de morte, existe um extremo preconceito e relevante desconhecimento geral⁹⁵. Mais uma vez, percebe-se que o currículo dos cursos não está imune aos aspectos socioculturais. Ainda hoje apesar de todo o avanço conseguido nesse campo do conhecimento um grande tabu que não é facilmente resolvido. Portanto

até o aprofundamento do conhecimento sobre o câncer de pele sofre com o preconceito sobre a doença⁹⁶.

5.3 O câncer de pele na prática docente

Por último, cabe apresentar as características observadas sobre a formação quando pesadas as práticas docentes no âmbito dos cursos de especialização, tendo como foco o conteúdo câncer de pele. A respeito deste objetivo, foram agrupadas 27 unidades de registro que, por sua vez, deram origem a 04 categorias de análise, conforme ilustra o quadro 5.

Quadro 5 – Quadro sinóptico das categorias e sub-categorias que correspondem às características relativas as experiências na prática docente nos cursos de especialização, a respeito dos cuidados com o câncer de pele dos cursos de especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional, seguidas das frequências das unidades de registros alocadas em cada uma delas (entre parênteses).

Objetivo	Categorias	Sub-categorias
O câncer de pele na prática docente (27)	Poucos relatos de casos (12)	Aulas expositivas, alunos não comentam (09)
		Caso da internet, de intervenção e dúvidas (03)
	Docente de várias disciplinas (07)	
	Teorias e exposições se sobrepõem às práticas (06)	Indicações e contra-indicações (02)
		Uso de imagens (02)
		Levar médicos especialistas (01)
		Pouco investimento em práticas (01)
	Pesquisa e extensão (02)	Trabalho de Conclusão de Curso (01)
Projeto de conscientização e prevenção (01)		

Uma das questões norteadora das entrevistas interrogava os docentes sobre a “coleta de informações de casos” junto aos discentes. Grande parte dos entrevistados afirmou que os alunos não comentam sobre o tema câncer de pele nas aulas, o que pode ser relacionado com o modelo de ensino, fundamentalmente baseado na exposição (diretiva) e também a um certo receio de exposição dos discentes. Essa dinâmica de aula pode ser bem observada na resposta do Docente A: *“Na aula nunca tive contato com alunos com queixas de câncer de pele, de identificar, de identificar não, nas aulas até porque são aulas teóricas, e nenhum aluno veio relatar para avaliar se é câncer ou olhar alguma pinta, não [...]”*. E, quando as dúvidas (sobre “possíveis casos”) são expostas pelos alunos, alguns interlocutores deste estudo indicaram o seu receio em tratar em sala, sobretudo em

face do reconhecimento de que não lhes cabe a autoridade para o diagnóstico, tal como expôs o Docente E, nos seguintes termos:

Paciente e alunos pedindo para a gente ver eu falo olha eu não sei avaliar, eu até prefiro que você vá a um médico especialista dermatologista e fazer uma avaliação, por que é difícil a gente avaliar o que é o câncer de pele ou não né [...]. (Docente E)

Ou seja, os estudos de casos parecem não fazer parte, pelo menos com grande frequência, das práticas de ensino. De um lado os discentes (receosos da exposição), do outro os docentes (diretivos e receosos quanto ao diagnóstico que não cabe ao Fisioterapeuta). Vale lembrar aqui o quanto este tema é “delicado”, no sentido da estigmatização⁹⁷. Não é de se estranhar que os discentes, diante dessa cultura do temor tenham receio em se envolver em tal assunto. Incorporamos esse temor em vários contextos, sendo um tema que não abarca somente o paciente, mas toda sua família⁹⁸. Neste enredo de significados do câncer de pele e dos limites da sua “autoridade” para diagnosticar, o docente presencia um dilema, ficando entre estimular os discentes a participarem ativamente (trazendo casos e problemas concretos) e compreender o quão “delicado” é a questão para os próprios alunos.

No entanto, a maneira como o professor lida com este dilema é, ela mesma, um processo de educação (tanto quanto o conteúdo). O modo de tratar o conteúdo revela valores, como salientam Bizzaro e Braga (2005). Segundo estes autores, para que seja efetiva essa inserção de valores pessoais no exercício pedagógico, ela deve ser cercada de cuidados, para se extrair dele o teor mais construtivo, sendo um dever do educador transportar o discente para uma categoria de pensamento crítico superior, isso é sem, preconceitos, o que não é tarefa simples. Também nesse sentido da “delicadeza” do tema, não se deve negar que é papel do docente a contribuição para a formação de um discente com pensamento autônomo e de capacidade compreensiva, alinhada com os desafios da nossa sociedade. Mais do que ensinar um assunto específico, o docente ensina atitudes diante de problemas. É exatamente isso que o trabalho de Castanho (2002) destaca em um dos mais fortes depoimentos de professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. E de fato, como mostra Althaus e Althaus (2004), os grandes desafios que se impõem a prática docente relaciona-se a possibilidade do ensinar e o aprender, e nem sempre quem domina conhecimento para atuação profissional sabe transpor para uma situação de aprendizagem.

Mas isso tudo não significa que outros casos fiquem fora das situações de aula. Alguns docentes citaram casos extraídos de *websites* e também relataram casos da experiência de intervenção, que são colocados para o estudo ou mesmo utilizados como exemplos. Duas unidades de registro dessas situações, sobre usos de casos, estão descritas abaixo:

[...] Não, aluno não! Só abordamos o assunto de um artigo que foi identificado na *internet*, de uma profissional da área da saúde, que através da inspeção identificou que a paciente apresentava um câncer de pele e essa entrevista essa pesquisa que foi colocada na *internet* foi abordada por nós em sala de aula. [...] (Docente D)

Não! No pós-operatório, na minha disciplina de pós-operatório eu cito alguns casos que eu tive; de reconstrução, por exemplo, de nariz de pálpebra, de reconstrução da face; eu mostro alguns casos que eu atendi, que foi feita a cirurgia de reconstrução devido a um câncer de pele, mas eu não entro na disciplina oncologia. (Docente E)

Estes dois trechos (ou unidades de registro) não ilustram apenas o uso dos casos, mas indicam também aquilo que foi mencionado na primeira seção deste capítulo. O trabalho docente deve ser tomado como uma “mobilização de saberes”⁸¹ considerados relevantes e, no caso da formação em saúde (como também em muitos outros), parece ser fundamental a aproximação ensino-serviço⁷⁶ (ou teoria-prática). Ainda que não tenham sido muitos interlocutores que mencionaram esta estratégia de ensino, ao trazerem os seus casos, os docentes tratam de aproximar essas realidades (sociedade-currículo; ensino-serviço), atuando não apenas para que os conteúdos sejam assimilados, mas também para que os alunos tenham consciência da sua importância, dos valores que estão vinculados e da sensibilidade cabível aos casos¹⁰¹.

Porém, esta realidade de aproximação ensino-serviço, embora mediada pela exposição de casos (ao que parece não são muitos), não é tão frequente. Em que pese as práticas docentes sobre o conteúdo câncer de pele, chamou a atenção o fato de que as teorias e aulas expositivas parecem se sobrepor às práticas (categoria com 6 unidades de registro). Estas exposições, quando feitas, denotam as indicações e contra-indicações no sentido de evitar/prevenir, o uso de imagens e a presença (convite) de médicos especialistas para uma explanação. É o que se pode observar no discurso dos docentes:

[...] mais orientações se vai comprar protetor solar, porque tem Uva e UVb, o tipo de raio ultravioleta, isso eu falo em aula. Contra indicações, de

correntes elétricas, energias, contra indicação relativa na área [...] (Docente C)

[...] eu me recordo de uma aula, [...] os alunos identificavam através de gravuras, de figuras, eles tentavam identificar essas afecções de pele e dentro dessa aula. Abordamos abordou alguns artigos relacionados ao câncer de pele [...] (Docente D)

[...] é para ter conhecimento para encaminhar, jamais diagnosticar não para diagnosticar ou tratar. (Docente B)

Identificar, acho que ainda não essa experiência [prática de identificar], uma que na aula tem muita teoria, acho que teria que ter uma aula mais de identificação um fazendo avaliação no outro, não é? Avaliando pintas, a coloração, tipos de tumor benigno, maligno, uma aula bem especificada em relação a isso, não é?. (Docente E)

A partir destas unidades de registro que tratam da ausência da prática, pode-se caminhar em dois sentidos: de um lado, num primeiro momento, se poderia rapidamente concluir que esta estratégia revela uma prática pedagógica tradicional, baseada na “transmissão” de conhecimentos e no aluno como um mero “receptor” – cuja crítica está intensamente presente na obra de Freire (2006) – e que isso empobrece o processo de ensino-aprendizagem; por outro, no entanto, é possível supor que tal modelo de ensino (expositivo e diretivo) reflete os limites da própria atuação do Fisioterapeuta no diagnóstico do câncer de pele. Pelo menos em parte, a fragmentação teoria-prática, corresponde a fragmentação da própria intervenção profissional, onde cada profissão parece ser responsável – porque não dizer “detentora” – por determinados tipos de competências.

Essa relativização, no entanto, não significa que os docentes devam reproduzir o modelo tradicional (baseado na transmissão, recepção), mas que lhes cabe avançar, pois, tal como explicam Fernandes, Oliveira e Santos (2003), o ensino-aprendizagem está inteiramente ligado ao aprender fazendo, para que os cenários da prática fiquem presentes durante toda carreira. Numa perspectiva construtivista, a prática é encarada como um momento no qual o próprio discente, diante das situações-problema, constrói o conhecimento, de maneira ativa e significativa, não de modo mecânico e passivo¹⁰⁴. Este tipo de relação mediado pela prática implica, como ressaltam Motta e Aguiar (2007), na autonomia do discente, na possibilidade dele se colocar como capaz de solucionar problemas, transformando seu trabalho, diversificando o contexto de atuação. As mesmas observações foram feitas em um estudo na Califórnia, EUA, sobre a formação de médicos, a partir dos

quais os autores, Dajani e Geller (2008), afirmam que a “prática leva a perfeição” e “faz competente”.

Bois e Paim (2010) tratam desse tema como um dos maiores desafios da formação desse profissional da saúde – aqui nos referindo ao fisioterapeuta especialista em Dermato-Funcional –, qual seja, o de responder às novas necessidades decorrentes das mudanças nos nobres espaços de prática, considerando as transformações no mercado de trabalho e na organização dos sistemas de saúde. Isto se torna ainda mais premente se considerarmos que a prática, como já foi referido, não tem a ver apenas com o ensino-aprendizagem do conteúdo, mas também (ou fundamentalmente) sobre os valores sociais, sobre os significados e os sentimentos vinculados aos conteúdos. E, como argumentam Cyrino e Toralle (2004), é dever das instituições e dos seus docentes criar um sentido de utilidade do tema, buscar nos valores mais arraigados dos discentes sua participação como agente de transformação social e um profissional pleno. Não há que se contentar o discente em apenas um aspecto de sua formação, e sim garantir que este cidadão entenda sua função e força na complexa dinâmica da sociedade.

Mas como fazer isso em relação ao câncer de pele – inserir a prática e as situações-problema –, se os docentes parecem não ter muitas oportunidades de aprofundar o conteúdo? Definitivamente, esta é uma questão a ser pensada, posto que vários dos interlocutores da pesquisa afirmaram ministrar diversas disciplinas e, “dentro delas”, trabalham com temas relacionados à Dermato-Funcional (objeto da formação). Relatos como os que são apresentados abaixo indicam essa “polivalência disciplinar” dos sujeitos entrevistados.

Começo sempre com a base da Dermato, Anatomia e Fisiologia do Sistema Tegumentar, primeiro módulo, e depois eu dou, mais no final da Pós, tratamentos mais avançados: eletroterapia estética, laser, radiofrequência essa parte mais para o final (Docente A)

Na pós-graduação eu ministro eletroterapia aplicada a Dermato-Funcional, drenagem linfática com ênfase em pós-operatório, avaliação ou propeidética em Dermato-Funcional, disciplinas também em abordagens corporais. Eu também participei de seminários de trabalhos de conclusão e na parte prática que é no final da pós, na disciplina de ambulatório. (Docente B)

Esta polivalência, ao que parece, também tem, pelo menos, duas dimensões. De um lado, o fato do docente ministrar várias disciplinas pode ser tomado como um elemento que poderia ajudar na integralização do tema câncer de

pele nas aulas da especialização *lato sensu* em fisioterapia Dermato-Funcional. Quer dizer, não há uma preocupação com a fragmentação do conhecimento baseada em professores “donos” de suas disciplinas, já que um mesmo professor – enquanto mobilizador de saberes – ao transitar pelas fronteiras disciplinares, ensina também, sobre como articular os conhecimentos em prol das soluções dos problemas. De outro lado, a polivalência leva a pensar sobre aquilo que já foi mencionado na primeira seção deste capítulo como um lugar periférico do conteúdo câncer de pele em relação a outros mais básicos ou importantes. Este lugar periférico do conteúdo também pode estar na própria dedicação do docente em seus estudos-pesquisas, com implicações diretas sobre a profundidade com que o tema esteja presente nas aulas.

Nesse sentido, não é sem motivo que foram mencionadas as presenças de médicos convidados para “trabalhar esse conteúdo”, como também não é despropositada localização periférica no currículo (o que tem relação, como assinalado anteriormente, com as fronteiras legais da própria intervenção profissional), e ainda não seria uma afronta afirmar sobre uma superficialidade da abordagem. Estas são condições concretas que estariam intimamente ligadas a valorização (ou a predominância) de métodos de ensino tradicionais, sobretudo nas aulas expositivas em detrimento de outros esforços pedagógicos.

Se distancia desse cenário (tradicional) duas descrições feitas por docentes, nas quais dois deles se referiram a trabalhos de pesquisa relativos à conclusão de curso e o outro a um projeto de extensão.

[...] dos alunos relatando câncer de pele não, nunca teve, teve um questionário trabalhado em um ano tcc sobre câncer de pele na pós graduação. (Docente A)

[...] alunos que fizeram trabalhos relacionados nessa área com funcionários [...], mais na prevenção do câncer de pele no uso do fator de proteção e alguns equipamentos que pudessem proteger o provável aparecimento de câncer de pele. (Docente D)

O processo de ensino do conteúdo em tela, na prática docente, também ocorreu por trabalhos de pesquisa e extensão, algo que se pode considerar positivo, posto que o trabalho em saúde, como ressalta Depresbiteris (2001), não é marcado somente pelas relações interpessoais e dependente de saberes científicos e técnicos, mas também daqueles advindo de experiências vividas e de trabalhos

sociais. Já é ponto pacífico que cabe às instituições de ensino e seus integrantes um perfil mais integrado e investigativo, que os discentes tornem mais próximos dos grandes e reais desafios da sociedade. Nessa lógica, o desenvolvimento de competências investigativas¹⁰⁸ é igualmente importante no terreno da prevenção das doenças, da promoção da saúde e das ações coletivas.

As atividades de extensão e de pesquisa são oportunidades privilegiadas de produção-integração do conhecimento e que ressoam sobre a formação de profissionais autônomos. É nesse sentido que Coll (2000) percebe que a aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades, admitindo que o discente possa exercer a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões, e desta maneira, pode-se visualizar o surgimento de um indivíduo com capacidade crítica. E, como referem Santos e Carreño (2010), é necessário transpor estratégias em educação que visam proporcionar a tomada de consciência crítica, capazes de conciliar interesses pessoais e sociais, frequentemente conflitantes. Dentre os conflitos observados no decorrer desta pesquisa, o mais central, sem dúvidas, é aquele que trata dos limites da intervenção do Fisioterapeuta Dermato-Funcional, no que se refere, especificamente, ao diagnóstico do câncer de pele.

Quer dizer, estratégias nas quais os discentes são sujeitos ativos da própria produção do conhecimento vão além da aprendizagem do conteúdo, localizando-o no contexto de significados e de problemas da sociedade, o que certamente ressoa sobre a motivação intrínseca dos aprendizes, está diretamente associada com os resultados da aprendizagem¹¹¹.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar características da formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto ao cuidado com o câncer de pele característico no envelhecimento cutâneo, tendo como base os discursos dos docentes de cursos de especialização da região metropolitana de Porto Alegre. Após o exercício de análise de conteúdo e de interpretação das categorias emergentes das entrevistas, apresentados no capítulo anterior, foi possível compreender que os fisioterapeutas dermatofuncionais podem e devem atuar atenção primária do câncer de pele, porque trata-se de identificar (não diagnosticar) possíveis indícios e alertar os pacientes sobre os perigos da patologia, encaminhando-os para médicos especialistas a fim de que, em caso de necessidade, procedam o tratamento precocemente, aumentando as chances de cura levando na escolha correta/adequada de procedimentos relacionados a prática dos profissionais em Dermato-Funcional, de modo que a intervenção não figure como um agente causador ou facilitador da patologia. Entende-se que cabe ao profissional não apenas atuar na identificação precoce, mas também orientar os seus clientes a respeito do problema, explicando a eles sobre os cuidados necessários para preveni-lo. Porém não estão sendo preparados para atuar na prevenção e isso foi concluído por alguns aspectos observados.

Entretanto, quando se observa (e caracteriza) o processo de capacitação dos profissionais no âmbito dos cursos de especialização, para estas tarefas de identificação e prevenção, nota-se que no quesito formação dos docentes dos cursos de especialização, as trajetórias e demandas da intervenção clínica e a observação de casos se sobrepõe às aprendizagens disciplinares especializadas. Se, de um lado, isso possibilita supor uma menor profundidade, por outro, correspondem a uma desejável aproximação entre ensino-serviço, como também ao amadurecimento da área-professores. Essa maturidade do docente que é adquirida ao longo de sua carreira dependerá de sua sensibilidade para aproveitar as experiências para uma autodescoberta e disponibilizar isso no ambiente de aprendizado ao discente. Aprendizado que, sem dúvida, se dá de maneira a integralizar os saberes e práticas.

Em relação a inserção do conteúdo câncer de pele nas disciplinas/currículos, ficou bastante evidente que a avaliação (da presença, ausência ou do seu lugar) não pode estar apenas pautada pela “relevância patológica” – a partir da qual se poderia dizer sobre falhas nas disciplinas/currículos –, mas deve considerar uma discussão mais ampliada do conceito de saúde, que envolve dimensões psicossociais (estéticas e estigmas). Esse conteúdo não se encontra centralizado no currículo da especialização *lato sensu* em fisioterapia Dermato-Funcional, apresenta-se diluído e periférico, porém na necessidade de integralizar esse conteúdo, torna-se interessante essa diluição, porém interligando esse conteúdo nas disciplinas, somando conhecimentos de diversas áreas e profissionais docentes comprometidos à formação dessa especialidade.

Sobre a prática docente cabe, no mínimo, uma problematização sobre a predominância de estratégias classificadas como tradicionais, mas que estas não deixam de ser significativas, na medida em que denotam valores e significados condizentes com a intervenção clínica dos docentes. Foi constatado que a abordagem do tema se dá de forma tradicional, onde o discente se caracteriza como receptor desse conteúdo, com a teoria se sobrepondo à prática, perdendo-se uma rica oportunidade de um melhor aprendizado. Mas, além disso, torna-se importante pensar outro perfil de profissional, que seja transformador da realidade social e que a pense de maneira crítica.

Por fim, vale ressaltar que pesquisas na área da educação em Fisioterapia, e mais especificamente na especialidade Dermato-Funcional são escassas; a literatura encontrada refere-se a área da saúde em geral e área médica e na enfermagem, por isso tornam-se necessárias mais pesquisas com o objetivo de melhor orientar esses profissionais, que tem um importante papel na sociedade.

7 REFERÊNCIAS

- 1 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Disponível em: WHO: <http://www.who.int/world-healthday/2012/toolkit/background/en/index.html>). Acesso em: 07/02/2013.
- 2 OEPPEN J; VAUPEL JW. broken limits to life expectancy. *Science*, 296(5570):1029–1031, 2002.
- 3 WILMOTH JR. The future of human longevity: a demographer's perspective. *Science*, 280(5362):395–397, 1998.
- 4 FRIED L. What are the roles of public health in an aging society? In: Prohaska TR, Anderson LA, Binstock RH, eds. *Public Health for an Aging Society*. 1st ed. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 26, 2012.
- 5 HINDLE JV. Ageing, neurodegeneration and Parkinson's disease. *Age Agein*, 39(2):156-61, 2010.
- 6 MADDEN CL; CLOYES KG. The Discourse of Aging. *ANS Adv Nurs Sci*, 35 (3): 264–272, 2012.
- 7 MASTALOUDIS A; WOOD SM. Age-related changes in cellular protection, purification, and inflammation-related gene expression: role of dietary phytonutrients. *Ann N Y Acad Sci*, 1259:112-20, 2012.
- 8 BENNETT MF, ROBINSON MK, BARON ED, COOPER KD. Skin Immune Systems and Inflammation: Protector of the Skin or Promoter of Aging? *J Investig Dermatol Symp Proc*, 13(1):15-9, 2008.
- 9 FONTANA L, PARTRIDGE L, LONGO VD. Extending Healthy Life Span--From Yeast to Humans. *Science*, 328(5976): 321-6, 2010.
- 10 VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, 43 (3): 548-554, 2009.
- 11 SGONC R, GRUBER J. Age-Related Aspects of Cutaneous Wound Healing: A Mini-Review. *Gerontology*, 2012.
- 12 FITZPATRICK, TB. *Tratado de Dermatologia*. 5 ed. Revinter Ltda, vol 1 p. 823, 2005
- 13 KAUFFMAN RD, SHAH MS, KAUFFMAN RM. Patient Education Cards for Skin Cancer Detection and Treatment. *J Canc Educ*, 25:184–187, 2010.
- 14 VALACCHI G, STICOZZI C, PECORELLI A, CERVELLATI F, CERVELLATI C, MAIOLI E. Cutaneous responses to environmental stressors. *Ann N Y Acad Sci*, 1271:75-81, 2012.

- 15 MINE S, FORTUNEL NO, PAGEON H, ASSELINEAU D. Aging alters functionally human dermal papillary fibroblasts but not reticular fibroblasts: a new view of skin morphogenesis and aging. *PLoS One*, 3(12):e4066, 2008.
- 16 PUIZINA, IN. Skin aging. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*, 17(2):47-54, 2008.
- 17 MUKHERJEE, PK, MAITY N, NEMA NK, SARKAR BK. Bioactive compounds from natural resources against skin aging. *Phytomedicine*, 19(1):64-73, 2011.
- 18 DURAI, PC, THAPPA DM, KUMARI R, MALATHI M. Aging in elderly: chronological versus photoaging. *Indian J Dermatol*. 2012; 57(5):343-52.
- 19 Jafferany M, Huynh TV, Silverman MA, Zaidi Z. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population. *Int J Dermatol*, 51(5):509-22, 2012.
- 20 POLJSAK B, DAHMANE RG, GODIĆ A. Intrinsic skin aging: The role of oxidative stress. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*, 21(2):33-36, 2012.
- 21 VOEGELI D. Understanding the main principles of skin care in older adults. *Nurs Stand*, 14-20; 27(11):59-60, 62-4, 66-8, 2012.
- 22 HASHIZUME H. Skin aging and dry skin. *J Dermatol*, 31: 603–609, 2004.
- 23 SJEROBABSKI-MASNEC I, SITUM M. Skin aging. *Acta Clin Croat*, 49(4):515-8, 2010.
- 24 THOMAS JR, DIXON TK, BHATTACHARYYA TK. Effects of topical on the aging skin, process. *Facial Plast Surg Clin North AM*, 21(1):55-60, 2013.
- 25 FARAGE, MA, MILLER KW, ELSNER P, MAIBACH HI. Intrinsic and extrinsic factors in skin ageing: a review. *Int J Cosmet Sci*, 30:87-95, 2008.
- 26 PASTILA, R. Effects of ultraviolet radiation on skin cell proteome. *Adv Exp Med Biol*, 990:121-7, 2013.
- 27 LEYDEN JJ. Clinical features of ageing skin. *Br J Dermatol*, 122 Suppl 35:1-3, 1990.
- 28 MONTAGNER S, COSTA A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *An. Bras. Dermatol*, 84(3): 263-269, 2009.
- 29 FISHER GJ, VOORHEES JJ. Molecular mechanisms of retinoid actions in skin. *FASEB*, 10(9): 1002–1013, 1996.
- 30 BRASH DE. Sunlight and the onset of skin cancer. *Trends Genet*, 13(10): 410–414, 1997.
- 31 LEFFELL DJ. The scientific basis of skin cancer. *J Am Acad Dermatol*, 42(1 Pt 2):18-22, 2000.

- 32 CHEN L, HU JY, WANG SQ. The role of antioxidants in photoprotection: a critical review. *J Am Acad Dermatol*, 67(5):1013-24, 2012.
- 33 DUMMER R, MAIER T. UV protection and skin cancer. *Recent Results Cancer Res*, 160: 7-12, 2002.
- 34 GONZÁLEZ S, FERNÁNDEZ-LORENTE M, GILABERTE-CALZADA Y. The latest on skin photoprotection. *Clin Dermatol*, 26(6):614-26, 2008.
- 35 DIEPGEN TL, MAHLER V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol*, 146 Suppl 61:1-6, 2002.
- 36 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Anais Brasileiro Dermatologia*, v. 81, n. 6, p. 549-58. 2006. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=10210> acesso em 14 de JUNHO de 2011.
- 37 DUBAS LE, INGRAFFEA A. Nonmelanoma skin cancer. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 21(1): 43-53, 2013.
- 38 POMMERGAARD HC, BURCHATH J, ROSENBERG J, RASKOV H. Topical treatment with diclofenac, calcipotriol (vitamin-D3 analog) and difluoromethylornithine (DFMO) does not prevent non melanoma skin cancer in mice. *Cancer Invest*, 31(2):92-6, 2013.
- 39 RUBIN A I, CHEN EH, RATNER D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*, 353(21): 2262–2269, 2005.
- 40 GLOSTER HM, BRODLAND DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg*, 22(3): 217–226, 1996.
- 41 WILLS M. Skin Cancer Screening. *Phys Ther*, 82(12):1232-1237, 2002.
- 42 ILYAS EN, LEINBERRY CF, ILYAS AM. Skin cancers of the hand and upper extremity. *J Hand Surg Am*, 37(1):171-8, 2012.
- 43 TSOKA S, AINALI C, KARAGIANNIS P, JOSEPHS DH, SAUL L, NESTLE FO, KARAGIANNIS SN. Toward prediction of immune mechanisms and design of immunotherapies in melanoma. *Crit Rev Biomed Eng*, 40(4):279-94, 2012.
- 44 MHAPUSKAR A, [UMARJI H](#), [JAIN N](#), [BEHERE R](#), [ADITYA A](#). Intra-oral malignant melanoma--a case report and review of the literature. *N Z Dent J*, 108(3):102-4, 2012.
- 45 NASER N. Cutaneous melanoma: a 30-year-long epidemiological study conducted in a city in southern Brazil, from 1980-2009. *An Bras Dermatol*, 86(5):932-41, 2011.
- 46 GLASS AG, HOOVER, RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA*, 262(15):2097-100, 1989.

- 47 BLEYER A, O'LEARY M, BAR R, RIES LAG (Eds) Cancer epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER incidence and survival: 1975-2000. National Cancer Institute, Bethesda, MD, pp 53-64, 2006.
- 48 CHOUDHURY K, VOLKMER B, GREINERT R, CHRISTOPHERS E, BREITBART EW. Effectiveness of skin cancer screening programmes. *Br J Dermatol*, 167 Suppl 2:94-8, 2012.
- 49 ALDRIDGE RB, MAXWELL SS, RESS JL. Dermatology undergraduate skin cancer training: a disconnect between recommendations, clinical exposure and competence. *BMC Med Educ*, 12:27, 2012.
- 50 BOISSONNAULT WG. Prevalence of comorbid conditions, surgeries, and medication use in a physical therapy outpatient population: a multicentered. study. *J Orthop Sports Phys Ther*, 29:506–525, 1999.
- 51 SHAPIRO C, SKOPIT S. Screening for skin disorders. In: Boissonnault WG, eds. *Examination in Physical Therapy Practice*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone Inc, 303–317, 1995.
- 52 AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. Guide to physical therapist practice. *Phys Ther*, 81(1):9-746, 2001.
- 53 COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Quantitativo de profissionais. Disponível em <<http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>>. Acessado em 05 de dezembro de 2012.
- 54 MILANI G B, JOÃO SMA, FARAH EA. Fundamentos da fisioterapia dermatofuncional: revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*, 13(1):37-43, 2006.
- 55 GUIRRO ECO, GUIRRO RRJ. *Fisioterapia em Estética: fundamentos, recursos e patologias*. São Paulo: Manole, 1992.
- 56 TACANI RE, CAMPOS MSMP. A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, a. II, n. v. 48, n. 4, jul./dez., 2004.
- 57 CREFITO-5, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, região 5. Quantidade de inscrições por município. Disponível em: <<http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2012/12/quantitativo-por-municipio-05-12-12.pdf>>. Acessado em 05 de Dezembro de 2012.
- 58 BIALOCERKOWSKI A, Wells C, Grimmer-Somers K. Teaching physiotherapy skills in culturally-diverse classes. *BMC Med Educ*, 11:34., 2011.
- 59 CAMPOS FE, FERREIRA JR, FEUERWERKER L, SENA RR, CAMPOS JJB, CORDEIRO H, CORDONI Jr.L. caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação médica*, 25(2): 53-59, 2001.
- 60 SILVA ID, SILVEIRA MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência & saúde coletiva*, 16 (1):1535-1546, 2011.

- 61 JÚNIOR JPB. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 16(3): 655-668, 2009.
- 62 SILVA RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Comunicação saúde educação*, 12:721-34, 2008.
- 63 MARÃES VRFS. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioter. Mov*, 23(2): 311-321, 2010.
- 64 ROSS EC, ANDERSON, EZ. The evolution of a physical therapy research curriculum: integrating evidence-based practice and clinical decision making. *J Phys Ther Education*.18(3):52-7, 2004.
- 65 FEUERWERKER LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.
- 66 MOTTA L.B, AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & saúde coletiva*,12(2):363-372, 2007.
- 67 MITRE, SM, BATISTA, RS, MENDONÇA, JMG, PINTO, NM de, Meirelles, CAB, Porto, CP, Moreira, T, Hoffmann, LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & saúde coletiva*, 13 (supl.2):2133-2144, 2008.
- 68 SILVA, DJ, DA ROS, MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & saúde coletiva*, 12 (supl.6):1673-1681, 2007.
- 69 MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 70 GIL, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 71 BARROS, AJP; LEHFELD, NAS. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- 72 BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- 73 MORAES, R. Uma Tempestade De Luz: A Compreensão Possibilitada Pela Análise Textual Discursiva. *Ciência & Educação*, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.
- 74 FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- 75 BOIS MLM, PAIM JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & saúde coletiva*, 15 (4):2029-2038, 2010.

- 76 ALBUQUERQUE, VS *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- 77 BIZARRO R, BRAGA F. Ser professor em época de mal-estar docente que papel para a universidade? *Revista da Faculdade de Letras — Línguas e Literaturas*, II Série, vol. XXII, Porto, pp. 17-27, 2005.
- 78 MOSQUERA, JJM, STOBÄUS, C. Educação para a saúde; desafio para sociedades em mudança. 2. ed. Porto Alegre: Luzzatto, 1984.
- 79 CLAXTON, G. O desafio de aprender ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 80 KRAMER S, JOBIM S, SOUZA S. (Orgs.) Histórias de professores. São Paulo: Ática, 1996.
- 81 NUNES, CMF. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. *Educação & Sociedade* Campinas, Abr ;a. XXII, n. 74, 2001.
- 82 NASCIMENTO MC; SAMPAIO RF; SALMELA JH; MANCINI MC; FIGUEIREDO IM. A profissionalização da Fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 241-247, 2006.
- 83 NORA AB, LOVATTO L, PANAROTTO D, BONIATTI MM. Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. *An bras Dermatol*, Rio de Janeiro, jan./fev; 79(1):45-51, 2004.
- 84 PALMER, RC, MIDGETTE, LA. Cancer Prevention and Control: A Role for Medical Assistants? *J Canc Educ*; 25:188–195, 2010.
- 85 SALVIO AG, JÚNIOR AA, SEGALLA JGM, PANFILO BL, NICOLINI HR, DIDONE R. Experiência de um ano de modelo de programa de prevenção contínua do melanoma na cidade de Jaú-SP, Brasil. *An Bras Dermatol.*;86(4):669-74, 2011.
- 86 KAMELL JM, RIETKERK W, LAM K, PHILLIPS JM, WU JJ, MCCULLOUGH JL, LINDEN KG, OSANN K. Medical Students Educate Teens About Skin Cancer:What Have We Learned? *Journal Cancer Education*, 26:153-155, 2011.
- 87 CANNICK GF, HOROWITZ AM, GARR DR, REED SG, NEVILLE BW, DAY TA, WOOLSON RF, LACKLAND DT. Oral Cancer Prevention and Early Detection: Using the PRECEDE-PROCEED Framework to Guide the Training of Health Professional Students *Journal of Cancer Education*, v. 22, n. 4, 2007
- 88 MOYER VA. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.*;157:59-65, 2012.
- 89 HIRST NG, GORDON LG, SCUFFHAM PA, GREEN AC. Lifetime Cost-Effectiveness of Skin Cancer Prevention through Promotion of Daily Sunscreen Use. *Value In Health*, 15, 261–268, 2012.

- 90 ALTSITSIADIS E. Health literacy, sunscreen and sunbed use: an uneasy association British Association of Dermatologists, 167 (Suppl. 2), pp14–21, 2012.
- 91 FERREIRA JR. Avaliação prospectiva da educação médica. *Educ. Med. Salud.*; 20 (1), 1986.
- 92 CATANI AM, OLIVEIRA JF, DOURADO LF. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular nos cursos de graduação no Brasil. *Educação & Sociedade*, Campinas, v.22, n.75, p.67-83, 2001
- 93 FROES P, MEDEIROS OJ. O papel psicossocial do ambulatório de Fisioterapia Dermatofuncional na saúde da população de baixa renda. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.16, n.4, p. 55-61, out./dez. 2003.
- 94 MEYER PF, MEDEIROS JO, OLIVEIRA SSG. O papel psicossocial do ambulatório de fisioterapia dermatofuncional na saúde da população de baixa renda. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, out./dez; v. 16, n. 4, p. 55-61, 2003.
- 95 SILVA VCE. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo, 2005.
- 96 GAZZI G, KAJIKA M, RODRIGUES C. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. *Acta Oncol. Bras*,11(1/3):123-6, 1991.
- 97 CARVALHO MMMJ. Introdução à psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno; 2002.
- 98 VENÂNCIO J. L. Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63, 2004.
- 99 CASTANHO ME. Professores de Ensino Superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. *Comunicação, saúde, educação*, v.6, n.10, p.51-62, Fev. 2002.
- 100 ALTHAUS MT. Ação didática no ensino superior. *Rev. Teoria e Prática da Educação*, jan./abr; v.7, n.1, p.101-106, 2004.
- 101 CARVALHO AAS, CARVALHO GS, RODRIGUES CP. Valores na educação em saúde e a formação profissional. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, nov; v. 10 n. 3, p. 527-540, 2012.
- 102 FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
- 103 FERNANDES JD, FERREIRA SLA, OLIVA R, SANTOS S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Rev. Enfermagem*, 56(54):392-395, 2003.
- 104 SILVA RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Comunicação saúde educação*, v12, n721-34, out/dez. 2008.

105 DAJANI Z, GELLER A. Cancer Prevention Education in United States Medical Schools: How Far Have We Come? *Journal of Cancer Education*, 23:204–208, 2008.

106 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.

107 DEPRESBITERIS L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. *Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*, 1(2): 27-38, 2001.

108 PERRENOUD, P. *Pedagogia diferenciada: das intenções à ação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

109 COLL C. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica a elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática; 2000.

110 SANTOS BS, CARREÑO AB. *A Motivação em Diferentes Cenários*. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.

111 BORUCHOVITCH, E. A motivação para aprender de estudantes em cursos de formação de professores. *Educação Porto Alegre*, v. 31, n. 1, p. 30-38, jan./abr., 2008.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de questões utilizado nas entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa

- 1- Nome
- 2- Profissão
- 3- Titulação
- 4- Idade de atuação
- 5- Experiências vividas na formação básica e complementar
- 6- Disciplinas que ministra na Pós Graduação (*lato sensu*) em Fisioterapia Dermato Funcional
- 7- As questões posteriores a interrogativa seis deverão seguir os seguintes questionamentos, porem sem a necessidade de serem ordenadas, pretende-se deixar o entrevistado fluir em suas declarações, contudo o entrevistador servira apenas como um guia para manter o tema em pauta
 - experiências na docência no ensino de doenças de pele
 - se sim abordagem sobre o tema em suas disciplinas especificas, correlatos sobre as experiências e sobre os conteúdos programáticos
 - experiências na docência de coleta de informações dos discentes em relação ao câncer de pele na família.
 - sensibilidade dos entrevistados com o tema, em relação à gravidade do problema e as angustias dos pacientes portadores da patologia.
 - ótica profissional sobre a metodologia abordada em relação à prevenção do câncer de pele na Fisioterapia Dermato Funcional em sala de aula.
 - experiências vividas em sala de aula sobre o tema: estratégias metodológicas, aula prática ...
 - parecer: os fisioterapeutas dermatos estão preparados para identificação e prevenção do tema.
 - necessidade de um maior conteúdo programático na Pós Graduação em Fisioterapia Dermato Funcional sobre o tema, como colaboração do enriquecimento do aluno. Em qual disciplina ou momento acha que é abordado esse tema?

Apêndice 2 – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos sujeitos da pesquisa e assinado por estes

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e desde já lhe agradecemos pela contribuição, por ser Fisioterapeuta Dermato Funcional, envolvido no Ensino Superior *lato senso* e ter prática clínica na especialidade. Pretendemos verificar o conhecimento que fisioterapeutas têm em relação aos mecanismos anatomo-funcionais, possíveis danos e prevenções, relacionadas à foto-exposição, com objetivo de melhor orientar e prevenir. Sua participação é voluntária, consiste em responder perguntas em uma entrevista, que será gravada e transcrita, e os dados colhidos são confidenciais, anônimos e somente serão utilizados nesta pesquisa e em divulgações científicas decorrentes.

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Fui informado/a de que não terei custo nenhum em participar dessa pesquisa, de que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Fui informado que, caso existam danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar Jociane de carvalho Myskiw no telefone (51) 91807810, ou Tanise Kreibich (51) 81766051, ou entrar em contato com o Comitê de Pesquisa - CEP/PUCRS (51) 33203345.

Declaro que preenchi duas vias e que recebi uma das cópias do presente Termo.

_____	_____	_____
Assinatura do pesquisado	Nome	Data

_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data

Este formulário foi lido para _____ (nome do docente) em ____/____/____ (data) por Tanise Kreibich enquanto eu estava presente. _____

_____	_____	_____
Assinatura da testemunha	Nome	Data

ANEXOS

Anexo 1 – Ofício de autorização emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP- 095/12

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2012.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05648 intitulado **"Docentes Fisioterapeutas Dermato funcionais e sua contribuição para modelos terapêuticos de prevenção de Câncer de pele"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Claus Dieter Stobäus
FACED
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Anexo 2 – E-mail e confirmação da submissão de artigo encaminhado à Revista Fisioterapia & Pesquisa

15/02/13

Mensagem de Impressão do Outlook

FW: [FP] Agradecimento pela Submissão

De: **Tanise kreibich** (tulyypa@hotmail.com) Este remetente está na [lista de contatos](#).

Enviada: sexta-feira, 15 de fevereiro de 2013 11:53:23

Para: jociane_carvalho@hotmail.com

> To: tulyypa@hotmail.com
> Subject: [FP] Agradecimento pela Submissão
> Date: Fri, 15 Feb 2013 09:18:35 -0200
> From: suporte.aplicacao@scielo.org
>
> Tanise kreibich,
>
> Agradecemos a submissão do seu manuscrito "O CÂNCER DE PELE NA FORMAÇÃO
> DO FISIOTERAPEUTA DERMATO-FUNCIONAL: ANÁLISE DO DISCURSO DE DOCENTES DE
> CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE" para Fisioterapia e
> Pesquisa. Através da interface de administração do sistema, utilizado
> para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento
> dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:
>
> URL do Manuscrito:
> <http://submission.scielo.br/index.php/fp/author/submission/111561>
> Login: kevin
>
> Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais
> uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu
> trabalho.
>
> Caroline Pereira
> Fisioterapia e Pesquisa
>

> Fisioterapia e Pesquisa
> <http://submission.scielo.br/index.php/fp>

Anexo 3 – Artigo completo submetido para avaliação na Revista Fisioterapia & Pesquisa

O CÂNCER DE PELE NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DERMATO-FUNCIONAL: ANÁLISE DO DISCURSO DE DOCENTES DE CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE

The skin cancer in the functional dermatology physiotherapist educational background formation: Porto Alegre specialization professors speech analysis

CÂNCER DE PELE NA FORMAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS

Tanise Remus Kreibich¹, Mauro Myskiw², Jociane de Carvalho Myskiw³

Este estudo foi desenvolvido na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil.

¹Mestranda em Gerontologia Biomédica pelo programa de pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil.

²Doutor em Ciências do Movimento Humano pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professor do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Marechal Cândido Rondon, PR, Brasil.

³Doutora em Neurociências pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Professora do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência: Tanise Remus Kreibich – Rua Dr. Barcelos 907, CEP:92310-200 Canoas, RS, Brasil - Email: tanise.fisio@gmail.com

Parecer de aprovação no Comitê de Ética da PUC/RS nº 11/05648

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as características da formação de Fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto à identificação de lesões suspeitas para o câncer de pele a partir dos discursos dos seus docentes dos cursos de especialização, na grande Porto Alegre. Tratou-se de um estudo qualitativo, com delineamento descritivo, baseado na análise das características da formação de docentes de cursos de especialização, da inserção do conteúdo câncer de pele nas disciplinas/currículos e das práticas de ensino dos professores em relação a este conteúdo. Fizeram parte da investigação 08 docentes vinculados a 04 cursos de especialização em Dermato-Funcional, da região metropolitana de Porto Alegre. Com estes sujeitos, selecionados de modo intencional, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo áudio foi registrado e, em seguida, transcrito. As informações coletadas foram submetidas a um procedimento de análise de conteúdo, baseado num processo de categorização. As categorias que emergiram das entrevistas, suas descrições e interpretações possibilitaram concluir que em relação ao câncer de pele, a formação dos docentes dos cursos de especialização em Dermato-Funcional está relacionada mais à sua intervenção do que a formação acadêmica; que enquanto conteúdo, o câncer de pele está diluído entre outros, ocupando um lugar periférico em face ao destaque da dimensão estética e de seu caráter estigmatizante; e que a prática docente predominante está baseada num modelo diretivo, intensamente dependente das explicitações advindas dos docentes.

Palavras-chaves: Fisioterapia Dermato-Funcional; câncer de pele; Especialização; formação profissional.

Abstract

The objective of this study was analyze functional dermatology physiotherapist educational background formation characteristics regarding suspected skin cancer lesions identification procedures, by analyzing specialization professors' speeches at great Porto Alegre. It is qualitative study, with descriptive alignment, based on the analysis of background formation characteristics and insertion of the subject Skin Cancer at curriculum and disciplines at those courses. 8 professors of 4 functional dermatology specialization courses at great Porto Alegre, took part of the investigation. With these individuals selected by intentional means, interviews were performed, audio recorded and transcript. Collected Information was submitted to a content analysis process based on categorization. Emerged categories during interviews, its descriptions and interpretations make us able to conclude that regarding skin cancer educational Background formation in functional dermatology is more related to intervention than to academic background which in terms of content. Skin cancer is diluted with others; it is not priority because of esthetics appeal and because cancer is a stigmatizing subject, and predominantly learning process is directive strongly depended of professors' explanations.

Key words: Physiotherapy, Functional Dermatology; Skin Cancer; Specialization; Professional Background formation.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreu um aumento considerável da expectativa de vida em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde a perspectiva é de que o número de pessoas acima de 60 anos de idade duplique entre os anos 2000 e 2050¹. Esse envelhecimento mundial requer atenção reforçada quanto às doenças que possuem como principal fator de risco a própria idade, como é o caso do câncer de pele, cuja incidência aumenta à medida que se envelhece^{2,3}. A ocorrência desse tipo de câncer tem aumentado mundialmente e de forma significativa ao longo dos anos^{4,5}, incluindo no Brasil^{6,7}. Esse quadro é motivo de preocupação, pois esta é uma doença extremamente agressiva e com altos níveis de morbidade e mortalidade⁸⁻¹², sendo a sua detecção e intervenção precoces fundamentais para a sobrevivência^{9,10}.

Entre os profissionais que podem auxiliar na identificação de lesões de pele suspeitas está o Fisioterapeuta, uma vez que este geralmente tem a oportunidade de observar as áreas expostas do corpo, fazendo com que o conhecimento das características das lesões benignas possa contribuir no encaminhamento para avaliação, diagnóstico e tratamento, se necessário¹³. Isto é, com o preparo adequado, ele pode realizar um *screening* dermatológico em seus pacientes como parte dos exames de rotina¹⁴.

Essa possibilidade de exame pelo Fisioterapeuta corresponde às responsabilidades apontadas no *Guide to Physical Therapist Practice* publicado pela Associação Norte-americana de Fisioterapia em 2001¹⁵. Neste guia, o profissional é mencionado como responsável pela manutenção da integridade do sistema tegumentar como um todo, incluindo as alterações superficiais da pele. No contexto brasileiro dessa área, ainda que recentemente, tem se constituído uma especialidade intimamente vinculada aos cuidados dermatológicos, denominada de Fisioterapia Dermato-Funcional¹⁶.

A crescente valorização da estética corporal e o reconhecimento de suas implicações para o bem-estar psicossocial¹⁷ correspondem à emergência de um mercado de trabalho e ao aumento do interesse por parte de estudantes e de profissionais por essa área, criando uma demanda por disciplinas e cursos de formação *lato sensu* capazes de preparar esses profissionais para a atuação¹⁸. Desse cenário de oferta-procura por uma formação especializada e de aumento das

preocupações frente aos índices crescentes de incidência de câncer de pele, é que deriva o propósito do presente estudo, qual seja, analisar as características da formação de fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto a identificação do câncer de pele, ocorrida no contexto dos cursos de especialização, na grande Porto Alegre, a partir dos discursos dos seus docentes.

2 METODOLOGIA

Para atender ao propósito da investigação, foi realizado um estudo qualitativo, atento aos significados e ao contexto das práticas¹⁹. O delineamento da investigação foi descritivo, organizado em 3 esforços de caracterizações²⁰: (1) a formação de docentes de cursos de especialização; (2) a inserção do conteúdo câncer de pele nas disciplinas/currículos; e (3) as práticas de ensino dos professores em relação a este conteúdo. A coleta dos dados foi procedida através de entrevistas semi-estruturadas, baseadas num diálogo, orientado por um roteiro, entre o pesquisador e o sujeito investigado²⁰.

Fizeram parte do estudo 08 docentes vinculados a 04 cursos de especialização em Dermato-Funcional, da região metropolitana de Porto Alegre, com atuação de pelo menos 10 anos de exercício da profissão e 4 anos como docentes em cursos de Dermato-Funcional, atuando em distintas disciplinas, porém com alguma proximidade com a patologia câncer de pele. Os sujeitos foram selecionados de modo intencional, através do qual o pesquisador, segundo alguns critérios, procura o grupo de interesse²¹. Procurou-se selecionar pelo menos um docente de cada cursos de especialização.

Para a realização das entrevistas foi estabelecido um primeiro contato, quando foram apresentadas as características da investigação e do tipo de colaboração desejada, tal qual fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (registro 11/05648). Àqueles que aceitaram participar, pouco antes da efetivação da entrevista, foi apresentado o roteiro de questões e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O áudio dos diálogos foi registrado e, em seguida, essas informações foram transcritas.

As informações coletadas foram submetidas a análise de conteúdo, baseado num processo de categorização^{19, 21, 22, 23}. Este procedimento envolveu 3 fases: pré-análise (a leitura flutuante, deixando-se impregnar pelo conteúdo); recortes

temáticos (identificar frases ou parágrafos com unidades de significados); codificação e categorização (as unidades receberam códigos e foram categorizadas). A partir das categorias emergentes foi efetivada discussão dos resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do conteúdo das entrevistas foram determinadas 108 unidades de registro. Essas unidades, inicialmente, foram organizadas de acordo com os eixos de análise e, depois, em categorias e sub-categorias, conforme está ilustrado no quadro 1 e exposto nas sub-seções a seguir.

Quadro 1 – Categorias e sub-categorias das características da formação, seguidas das frequências das unidades de registros (entre parênteses).

Eixos de análise	Categorias	Sub-categorias
Formação dos docentes em relação ao câncer de pele (29)	Observação no cotidiano da profissão (13)	Observação de casos em pacientes (10)
		Atuação em equipe médica (02)
		Fazendo campanha de prevenção (01)
	Observação de casos em conhecidos (07)	Amigos (04)
		Familiares (03)
	Em cursos, com médicos (04)	Cirurgião plástico (03)
Fora dos cursos de formação inicial e continuada, área recente (05)	Graduação em medicina (01)	
O câncer de pele enquanto conteúdo (52)	Relevância do conteúdo (27)	Subsídios alertar e encaminhar precocemente (12)
		Escolha do melhor tratamento (09)
		Condições para orientar os pacientes (06)
	Conteúdo periférico ou diluído entre outros (25)	Entre conteúdos básicos, sem aprofundamento (12)
		Juntamente com outras patologias (07)
		Ênfase na intervenção estética (04)
O câncer de pele na prática docente (27)	Poucos relatos de casos (12)	Aulas expositivas, alunos não comentam (09)
		Caso da <i>internet</i> , de intervenção e dúvidas (03)
	Docente de várias disciplinas (07)	
	Teorias e exposições se sobrepõem às práticas (06)	Indicações e contra-indicações (02)
		Uso de imagens (02)
		Levar médicos especialistas (01)
	Pesquisa e extensão (02)	Pouco investimento em práticas (01)
		Trabalho de Conclusão de Curso (01)
Projeto de conscientização e prevenção (01)		

3.1 Formação dos docentes em relação ao câncer de pele

No que se refere à formação dos docentes, foram encontradas 29 unidades de registro, estas distribuídas em 04 categorias. Ficou bastante evidente que, em

boa medida, a formação dos docentes a respeito deste tema não se deu “nos bancos” das Instituições de Ensino Superior, mas em outras situações, com destaque para os espaços de intervenção clínica, sobretudo em equipes multidisciplinares, e no engajamento em campanhas de prevenção. E, para além do cotidiano da profissão, a aprendizagem também se deu pelo acompanhamento de casos envolvendo amigos e familiares. Essas “outras trajetórias” – não acadêmicas – refletem a consolidação de uma área ainda recente, pois se trata de uma intervenção exclusiva do profissional Fisioterapeuta, reconhecida pela resolução 362/2009 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)¹⁶, mas que parece reconhecer a autoridade dos médicos, daí a recorrência de conteúdos denotando a aprendizagem com estes.

O que se pode perceber é que a formação dos docentes, em que pese o câncer de pele, não é resultado de um aprofundamento disciplinar. Se, por um lado, isso pode ser interpretado como uma deficiência, por outro, aponta para uma dimensão positiva e bastante tratada: a integração teoria-prática. Uma das reflexões sobre isso é encontrada no estudo de Albuquerque *et al.* (2008) a respeito da integração ensino-serviço na formação superior dos profissionais da saúde em equipes multidisciplinares. Em contraponto ao distanciamento ensino-trabalho, os autores argumentam que os cenários de ensino-serviços são férteis para a objetivação e subjetivação da integralidade saberes²⁴, sobretudo os multidisciplinares, vistos como privilegiados para se equilibrar a excelência técnica com a relevância social²⁵ e para aprender a abordar os problemas de forma criativa e integralizada²⁶.

Outro contraponto ao “problema do aprofundamento”, se relaciona ao fato de que, ao aprenderem no cotidiano da profissão e de outras relações sociais, os docentes se mostram atores da própria formação, sujeitos capazes de analisar as situações do seu cotidiano acadêmico, no qual suas vivências práticas podem trazer soluções adequadas aos problemas²⁷. Noutros termos, trata-se de um processo de construção (social) que envolve a autodescoberta sobre necessidades, valores e possibilidades que compõe as bases para sua atuação pedagógica²⁸. Essa maturação acontece durante o percurso da vida e isso muitas vezes não é planejado, podendo ou não valorizar tal experiência, pessoal ou acadêmica²⁹. Assim, ao tomar os docentes como “mobilizadores de saberes”³⁰ pode-se compreendê-los

enquanto pessoas que estão construindo a própria área da Dermato-Funcional ao mesmo tempo em que constituem a identidade docente.

3.2 O câncer de pele como conteúdo dos cursos

A propósito da inserção do conteúdo câncer de pele nas disciplinas e currículos, foram alocadas 52 unidades de registro que deram origem a duas categorias. A primeira destaca o reconhecimento de que este conteúdo é relevante, em três sentidos: porque se trata de identificar indícios e alertar os pacientes sobre os perigos da patologia, encaminhando-os para médicos especialistas; porque tais conteúdos implicam na escolha adequada de procedimentos clínicos, de modo que a intervenção não figure como um agente causador ou facilitador da patologia; porque se entende que cabe ao profissional não apenas atuar na identificação precoce, mas também orientar os seus clientes a respeito da prevenção. Contudo, embora se reconheça a relevância, notou-se que o conteúdo “câncer de pele” não configura uma especialidade na organização disciplinar/curricular. Tornou-se possível afirmar isso através da observação de 04 aspectos dos discursos dos docentes: que este conteúdo é ministrado entre outros e sem maiores aprofundamentos; que é abordado no bojo de descrições de outras patologias da pele; que por vezes assume uma dimensão secundária, dado o interesse nos procedimentos orientados para a estética; e que o tema câncer carrega um traço social estigmatizante.

O aspecto da relevância representa um certo consenso. Na literatura, talvez um dos argumentos mais significativos seja o dado de que o câncer de pele é comum muito embora figure como um dos mais “preveníveis”^{31,32}, seguido do fato de que os profissionais de saúde necessitam de melhor preparo para orientar quanto a prevenção³³⁻³⁵, já que a intervenção primária demonstra-se efetiva³⁶⁻³⁸. Mas, apesar disso, o que se observou é a não existência de um “espaço disciplinar específico” nos currículos, daí a localização diluída ou até mesmo periférica do tema. Quanto a isso, ao levar em conta apenas o critério da “relevância patológica” rapidamente se chegaria a conclusão de que os cursos são falhos. Porém, ao invés de proceder uma acusação, é preciso questionar-se sobre o que significa esse lugar. Nesse sentido, um critério alternativo ao da patologia é a “relevância estética” da atuação do Dermato-Funcional. Não é sem motivos que o interesse dos discentes se volte à estética, e isso, hodiernamente, não significa um afastamento completo da noção de

saúde, pelo contrário. Um dos trabalhos que demonstra isso foi desenvolvido por Meyer, Medeiros e Oliveira (2003), evidenciando que o tratamento estético se reflete positivamente na melhora da saúde mental¹⁷.

Com este exemplo, dentre outros vários possíveis, se procura salientar que a organização curricular não está imune ao universo simbólico que sustenta a noção de saúde e, portanto, a inserção ou diluição dos conteúdos. Não quer dizer que o currículo deva assumir uma dimensão fluída, pois ele tende a ser estável²⁶. Assim, ao invés de advogar pelo aprofundamento disciplinar do câncer de pele, é preciso pensar até que ponto estas mudanças condizem com os anseios das comunidades. Se o currículo deve cumprir seu papel de ferramenta norteadora da prática pedagógica, possibilitando que as instituições atuem na melhoria das condições de saúde dos cidadãos³⁹ torna-se imprescindível questionar-se sobre o que é saúde.

3.3 O câncer de pele na prática docente

Por último, em relação às práticas docentes, foram agrupadas 27 unidades de registro, distribuídas em 04 categorias. Uma primeira constatação é a de que os estudos de casos, enquanto estratégia de integração teoria-prática, parecem ser pouco frequentes. De um lado os discentes ficam receosos da exposição, do outro os docentes ficam receosos quanto ao diagnóstico que não cabe ao Fisioterapeuta. Entre o estigma da doença e os limites da sua “autoridade”, os docentes experimentam um dilema, ficando entre estimular os discentes a participarem ativamente das aulas e manterem-se nos limites de sua autoridade. Por isso, ainda que recursos como imagens, textos “da *internet*” e a presença de médicos convidados tenham sido mencionados como estratégias, não ficou descaracterizado o modo mais diretivo, centrado na figura do professor que detém o conhecimento e que, aliás, transita por várias disciplinas. Este modelo de ensino, de um professor tradicional e polivalente, somente muda de caracterização quando dois docentes mencionam estratégias de pesquisa (Trabalhos de Conclusão de Curso) e de extensão (projeto de prevenção do câncer de pele).

A respeito deste “cenário pedagógico” relativo ao câncer de pele, cabe não limitar-se a uma acusação baseada em teorias dialéticas ou construtivistas que se contrapõem ao modelo baseado na “transmissão” de conhecimento para um aluno

visto como um “receptor”⁴⁰ pensando, ao contrário disso, a aprendizagem como uma construção prática a ser experimentada ativamente pelo próprio discente no enfrentamento de situações-problemas significativos⁴¹. Estas críticas servem para o presente caso, mas é preciso também assumir uma postura compreensiva. É possível supor que tal modelo de ensino (expositivo e diretivo) reflete, pelo menos em parte, os limites da própria atuação do Fisioterapeuta no diagnóstico do câncer de pele. Há uma fragmentação da própria intervenção profissional, onde cada profissão parece ser responsável por determinados tipos de competências.

Com isso, cabe pensar que o papel do docente diante da turma não se limita a escolher estratégias, pois também compreende um modo de (com)portar-se em relação a estas escolhas, revelando valores²⁷. É claro que cabe, neste trabalho, alertar para a necessidade de avançar no sentido de constituir estratégias de ensino que visem a autonomia dos discentes na solução dos problemas^{26,42} a formação de sujeitos críticos⁴³ capazes de produzir transformações sociais, não apenas reproduzir⁴⁴, mas também é imperioso não deixar de considerar que as escolhas didáticas comportam valores sociais arraigados na própria intervenção e que isso se transfere legitimamente para as situações de ensino.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises empreendidas a cerca das características da formação de fisioterapeutas Dermato-Funcionais quanto ao cuidado com o câncer de pele possibilitaram compreender que: as trajetórias e demandas da intervenção clínica e a observação de casos se sobrepõe às aprendizagens disciplinares especializadas. Se, de um lado, isso possibilita supor uma menor profundidade, por outro, correspondem a uma desejável aproximação entre ensino-serviço; a inserção do conteúdo câncer de pele não pode ser avaliada pela “relevância patológica”, mas deve considerar uma discussão mais ampliada do conceito de saúde, que envolve dimensões psicossociais (estéticas e estigmas); na prática docente cabe a problematização sobre os modelos tradicionais, mas estes não deixam de ser significativos, denotam valores condizentes com a intervenção clínica.

5 REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde. OMS. Disponível em: WHO: <http://www.who.int/world-healthday/2012/toolkit/background/en/index.html>).
- 2 Fitzpatrick BT. Tratado de Dermatologia. 5 ed. Revinter Ltda; vol 1 p. 823; 2005.
- 3 Kauffman RD, Shah MS, Kauffman RM. Patient Education Cards for Skin Cancer Detection and Treatment. *J Canc Educ* 2010; 25:184–187.
- 4 Glass AG, Hoover, RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA*. 1989; 262(15):2097-100.
- 5 Bleyer A, O’Leary M, Bar R, Ries LAG (Eds) Cancer epidemiology in older adodescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER incidence and survival: 1975-2000. National Cancer Institute, Bethesda, MD 2006; pp 53-64.
- 6 Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol*. 2002; 146 Suppl 61:1-6.
- 7 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Anais Brasileiro Dermatologia v. 81, n. 6, p. 549-58. 2006. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=10210> acesso em 14 de JUNHO de 2011.
- 8 Gloster HM, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg*.1996; 22:217–226.
- 9 Wills M. Skin Cancer Screening. *Phys Ther*. 2002; 82:1232-1237.
- 10 Ilyas EN, Leinberry CF, Ilyas AM. Skin cancers of the hand and upper extremity. *J Hand Surg Am*. 2010; 37(1):171-8.
- 11 Tsoka S, Ainali C, Karagiannis P, Josephs DH, Saul L, Nestle FO, Karagiannis SN. Toward prediction of immune mechanisms and design of immunotherapies in melanoma. *Crit Rev Biomed Eng*. 2012; 40(4):279-94.
- 12 Mhapuskar A, Umarji H, Jain N, Behere R, Aditya A. Intra-oral malignant melanoma—a case report and review of the literature. *N Z Dent J*. 2012; 108(3):102-4.
- 13 Boissonault WG. Prevalence of comorbid conditions, surgeries, and medication use in a physical therapy outpatient population: a multicentered. 1999.
- 14 Shapiro C, Skopit S. Screening for skin disorders. In: Boissonault WG, eds. *Examination in Physical Therapy Practice*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone Inc. 1995; 303–317.
- 15 American Physical Therapy Association. Guide to physical therapist practice. *Phys Ther*. 2001; 81(1):9-746.
- 16 COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Quantitativo de profissionais. Disponível em <<http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>>. Acessado em 05 de dezembro de 2012.
- 17 Meyer, PF, Medeiros, J de O, Oliveira, S. S. G. de. O papel psicossocial do ambulatório de fisioterapia dermatofncional na saúde da população de baixa renda. *Fisioterapia em Movimento*. 2003; 16(4):55-61.

- 18 Tacani RE, Campos MSMP. A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: Perspectivas históricas e atuais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2004;48(4)
- 19 Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 20 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 21 Lehfeld NAS, Barros A de JP. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- 22 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- 23 Moraes R. Uma Tempestade De Luz: A Compreensão Possibilitada Pela Análise Textual Discursiva. *Ciência & Educação*. 2003; 9(2): 191-211.
- 24 Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(3): 356-362.
- 25 Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, Cordoní Jr.L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação médica*. 2000; 25(2): 53-59
- 26 Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & saúde coletiva*. 2007; 12 (2):363-372.
- 27 Bizarro R, Braga F. Ser professor em época de mal-estar docente que papel para a universidade? *Revista da Faculdade de Letras — Línguas e Literaturas, II Série*, vol. XXII, Porto. 2005, pp. 17-27.
- 28 Mosquera JJM, Stobäus C. Educação para a saúde; desafio para sociedades em mudança. 2 ed. Porto Alegre, D.C. Luzzatto Editores LTDA, 1984.
- 29 Claxton G. O desafio de aprender ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 30 Nunes CMF. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. *Educação & Sociedade Campinas*. 2001; a. XXII, n. 74.
- 31 Nora AB, Lovatto L, Panarotto D, Boniatti MM. Freqüência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. *An bras Dermatol*. 2004; 79(1): 45-51.
- 32 Palmer RC, Midgett LA. Cancer Prevention and Control: A Role for Medical Assistants? *J Canc Educ*. 2010; 25:188–195.
- 33 Salvio AG, Júnior AA, Segalla JGM, Panfilo BL, Nicolini HR, Didone R. Experiência de um ano de modelo de programa de prevenção contínua do melanoma na cidade de Jaú-SP, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(4):669-74.
- 34 Kamell JM, Rietkerk W, Lam K, Phillips JM, Wu JJ, McCullough JL, Linden KG, Osann K. Medical Students Educate Teens About Skin Cancer:What Have We Learned? *Journal Cancer Education*. 2011; 26:153-155.
- 35 Cannick GF, Horowitz AM, Garr DR, Reed SG, Neville BW, Day TA, Woolson RF, Lackland DT. Oral Cancer Prevention and Early Detection: Using the PRECEDE-

- PROCEED Framework to Guide the Training of Health Professional Students. *Journal of Cancer Education*. 2007; 22(4): 250-3.
- 36 Moyer, V.A. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012;157:59-65.
- 37 Hirst NG, Gordon LG, Scuffham PA, Green AC. Lifetime Cost-Effectiveness of Skin Cancer Prevention through Promotion of Daily Sunscreen Use. *Value in Health*. 2012; 15(2): 261-8.
- 38 Altsitsiadis E, Undheim T, de Vries E, Hinrichs B, Stockfleth E, Trakatelli M; EPIDERM Group. Health literacy, sunscreen and sunbed use: an uneasy association *British Association of Dermatologists*. 2012; 167 (Suppl. 2): 14–21.
- 39 Ferreira JR. Avaliação prospectiva da educação médica. *Educ. Med. Salud*. 1986; 20 (1).
- 40 Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
- 41 Silva RF, Sá-Chaves I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Comunicação saúde educação*, 2008; 12: 721-34.
- 42 Coll C. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica a elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática; 2000.
- 43 Santos BS, Carreño AB. *A Motivação em Diferentes Cenários*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- 44 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*. 2004; 20(3):780-788.