



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Samira Mendonça de Almeida

Brasília, outubro de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Samira Mendonça de Almeida

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

ORIENTADORA: PROFA. DRA. PATRÍCIA MARIA FONSECA ESCALDA

CO-ORIENTADORA: PROFA. DRA. VERA REGINA FERNANDES DA SILVA MARÃES

Brasília, outubro de 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1012946.

A447f Almeida, Samira Mendonça de.
A formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade / Samira Mendonça de Almeida. -- 2013.

xii, 107 f. ; 30 cm.

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

Inclui bibliografia.

Orientadora: Patrícia Maria Fonseca Escalda.

1. Saúde - Estudo e ensino. 2. Fisioterapeutas - Formação.
3. Sistema Único de Saúde. I. Escalda, Patrícia Maria Fonseca, Orientadora. II. Título.

CDU 615.8

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). Patrícia Maria Fonseca Escalda – Presidente

FCE/Universidade de Brasília

Prof(a). Dr(a). Aldira Guimarães Duarte Domínguez– Membro

FCE/Universidade de Brasília

Prof(a). Dr(a). Elizabeth Queiroz – Membro

IP/Universidade de Brasília

Prof(a). Dr(a). Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira – Suplente

FCE/Universidade de Brasília

Brasília, outubro de 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por possibilitar a realização deste sonho, há muito almejado.

Agradeço a minha mãezinha por ter despertado em mim o gosto pelos estudos, e por ter sempre me incentivado a buscar saber mais...

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Patrícia Escalda, pelo comprometimento com esta pesquisa, seriedade, e respeito por minhas idéias. Suas contribuições foram sempre certas e fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Vera, minha co-orientadora, pela ajuda na resolução dos impasses e contribuições, principalmente aquelas específicas ao contexto da fisioterapia.

Aos professores do Pró-Ensino na Saúde pela dedicação e sustentação deste projeto.

À Profa. Clélia Parreira, colaboradora e incentivadora desta pesquisa, suas contribuições na elaboração do projeto de pesquisa foram importantíssimas para o desenrolar do estudo.

À amiga Thais Branquinho, por abrir meus horizontes ao me apresentar aos programas de pós graduação do IP-UnB, e pela ajuda na elaboração do pré-projeto de pesquisa.

Ao querido Alberto Mesaque, suas colaborações foram definitivamente fundamentais para o bom andamento deste trabalho. Sou profundamente grata à sua disponibilidade e ajuda.

Aos servidores da SES-DF, principalmente à coordenação do NASF e ao pessoal da SAPS.

Aos fisioterapeutas da SES-DF pela participação e boa vontade com esta pesquisa.

Aos coordenadores dos cursos de fisioterapia participantes pela colaboração e empenho.

Aos colegas de mestrado, principalmente Ana Rita e Guilherme, pelo companheirismo, cumplicidade, ajuda mútua e perseverança conjunta!

Ao meu noivo Lucas por todo o apoio fornecido. Obrigada por entender e respeitar minhas ausências e os momentos difíceis, estando sempre ao meu lado, disponível, paciente e sempre me incentivando a seguir em frente.

Enfim, a todos que participaram direta e indiretamente desta conquista, muito obrigada!

RESUMO

A formação profissional em saúde tem se tornado palco frequente de discussões devido à urgente necessidade de se repensar o modelo de ensino na saúde, historicamente pautado pelo modelo biomédico, e nesse contexto, a fisioterapia se destaca por ter sua gênese e desenvolvimento profissional voltados para a reabilitação. A fim de reformular as práticas destes profissionais e considerando o papel fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) na ordenação de recursos humanos na área da saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais orientaram mudanças para reorganização dos currículos destes profissionais com ênfase na integralidade da atenção. Este trabalho se constitui de um estudo misto, cujo objetivo é o de identificar no processo formativo da graduação em Fisioterapia a existência de componentes que conduzem à integralidade da assistência à saúde. Participaram do estudo discentes do curso de fisioterapia de três Instituições de Ensino Superior do Distrito Federal (DF) e fisioterapeutas da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF). Os dados foram coletados em quatro etapas. Na primeira etapa, realizou-se levantamento da distribuição dos postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas inseridos na rede pública de saúde do DF; na segunda, análise documental dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) das três IES participantes; na terceira, aplicou-se a técnica de grupos focais com discentes de fisioterapia (32 no total) em cada IES; na quarta, houve a realização de entrevista semi-estruturada com sete fisioterapeutas da SES-DF. Cabe ressaltar que o princípio da integralidade assim como o modelo biomédico norteou a discussão deste trabalho. Observou-se que há predominância na ocupação de postos de trabalho por fisioterapeutas em serviços de média e alta complexidade e que, apesar de os PPC apresentarem grande parte de seus conteúdos em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Fisioterapia (DCNF), a integralidade não se destaca como eixo orientador, a atenção básica ainda é subutilizada e a metodologia de ensino aprendizagem permanece baseada no modelo tradicional. Observou-se também a superficialidade do discurso dos discentes no que diz respeito à integralidade, e à atenção básica como campo possível de prática para a fisioterapia. Estes dados coadunam com os obtidos nas entrevistas com os fisioterapeutas, onde foi possível perceber a deficiência na formação para o SUS e principalmente para a atuação na atenção básica, sendo necessária a formação em serviço para apropriação do tema integralidade. Conclui-se que as lacunas deixadas pela formação tradicional recebida pelos fisioterapeutas entrevistados não foram preenchidas pela formação fornecida aos estudantes de hoje, o que nos leva a crer que o ensino em fisioterapia continua sob forte influência do modelo biomédico e que, apesar das orientações das DCNF, as mudanças no ensino ainda não foram alcançadas.

Palavras chave: ensino na saúde, fisioterapia, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The professional training in health has become stage frequent discussions due to the urgent need to rethink the model of education in health, historically ruled by biomedical model, and in this context the physiotherapy stands out for having its genesis and professional development geared to rehabilitation. In order to reformulate the practices of these professionals and considering the key role of the Unified Health System (SUS) in ordination of human resources in the area of health, the National Curricular Guidelines guided changes for reorganization of the curricula of these professionals with emphasis on completeness of attention. This work is a joint study, whose goal is to identify in the formative process of graduation in Physical Therapy the existence of components that lead to the integrality of health assistance. Students participated in the study of the physiotherapy course of three institutions of Higher Education of the Federal District (DF) and physiotherapists from the Secretary of State for Health of the DF (SES-DF). The data were collected in four steps. In the first step, a survey was conducted of the distribution of jobs occupied by physiotherapists inserted in the public health network of the DF; in the second, documentary analysis of the Pedagogical Projects of Course (PPC) of the three participating IHEs. In the third, was applied the technique of focus groups with students of physiotherapy (32 in total) in each HEI; In the fourth, there was the realization of semi-structured interviews with seven physiotherapists of SES-DF. It is worth noting that the principle of completeness as well as the biomedical model guided the discussion of this work. It was observed that there is a predominance in occupation of jobs by physiotherapists in medium and high complexity services and that, in spite of the PPC submit great part of its content in accordance with the National Curricular Guidelines of Physiotherapy (NFCD), the integrality stands out not as guiding shaft, the basic attention is still underutilized and the teaching-learning methodology remains based on traditional model. It was also observed the superficiality of the discourse of the learners on the completeness, and the basic attention as possible field of practice for physical therapy. These data are consistent with those obtained in the interviews with the physiotherapists, where it was possible to realize the deficiency in training for the SUS and mainly for actuation in basic care, being required in-service training for ownership of the topic completeness. It is concluded that the gaps left by traditional training received by physiotherapists interviewed were not fulfilled by training provided to students of today. This leads us to believe that the education in physiotherapy continues under the strong influence of the biomedical model and that, despite the guidance of NFCD, the changes in education has still not been achieved.

Key words: education in health, physiotherapy, Unified Health System

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
LISTA DE TABELAS.....	IX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	X
LISTA DE ANEXOS.....	XII
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 A integralidade na saúde.....	16
2.1.1 A construção da integralidade.....	16
2.1.2 Os sentidos da integralidade.....	19
2.2 Reflexos do modelo biomédico no desenvolvimento histórico da fisioterapia.....	27
2.2.1 O modelo biomédico.....	27
2.2.2 Origem e desenvolvimento histórico da fisioterapia.....	29
2.2.3 A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia.....	35
2.2.4 A necessidade de mudanças no ensino da saúde.....	37
3 OBJETIVOS.....	41
3.1 Objetivo Geral.....	41
3.2 Objetivos Específicos.....	41
4 MÉTODO.....	42
4.1 Pressupostos metodológicos.....	42
4.2 Procedimentos de coleta de dados.....	42
4.2.1 Levantamento de dados no CNES.....	43
4.2.2 Critérios de seleção das IES.....	44

4.2.3 Análise dos Projetos Pedagógicos de Curso.....	45
4.2.4 Realização dos Grupos Focais.....	46
4.2.5 Realização das entrevistas.....	47
4.3 Considerações éticas.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1 Primeira Etapa: Levantamento de dados realizado no CNES.....	51
5.1.2 Resultados encontrados a partir do levantamento realizado.....	51
5.1.3 Discussão acerca dos resultados encontrados no levantamento.....	53
5.2 Segunda Etapa: análise dos PPC dos cursos de fisioterapia.....	55
5.2.1 Integração entre teoria e prática.....	57
5.2.2 Ações de interdisciplinaridade na formação.....	58
5.2.3 Perfil do egresso para formação generalista.....	59
5.2.4 Integração entre ações preventivas e assistenciais.....	62
5.2.5 Formação para o Sistema Único de Saúde.....	63
5.3 Terceira Etapa: análise dos Grupos Focais realizados com estudantes de fisioterapia.....	65
5.3.1 A integralidade como atributo da prática do fisioterapeuta.....	66
5.3.2 A integralidade na formação do fisioterapeuta sob a perspectiva dos estudantes.....	67
5.3.3 A Atenção Básica como ambiente de práticas do fisioterapeuta.....	70
5.4 Quarta Etapa: resultado e análise das entrevistas com fisioterapeutas.....	72
5.4.1 Caracterização dos sujeitos.....	72
5.4.2 O processo de formação acadêmica em fisioterapia.....	73
5.4.3 A atenção básica como ambiente de práticas.....	75
5.4.4 Concepções acerca da integralidade.....	77
6 CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS.....	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS por tipo de prestador no DF.....51

TABELA 2 – Distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS por estabelecimento de saúde no DF.....52

TABELA 3 - Distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS através de Estabelecimentos de Ensino/Pesquisa.....52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABF – Associação Brasileira de Fisioterapia

ABS – Atenção Básica à Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CC – Conceito de Curso

CES/CNE – Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação

CFE – Conselho Federal de Educação

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNF – Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Fisioterapia

DF – Distrito Federal

ENDE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FCMS/JF – Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GF – Grupo Focal

IES – Instituição de Ensino Superior

INEP – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC – Ministério da Educação e do Desporto

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PPC – Projetos Pedagógicos de Curso

PSF – Programa de Saúde da Família

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESu – Secretaria de Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação de Fisioterapia.....	92
ANEXO B - Termo de Concordância das Instituições de Ensino Superior.....	96
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os estudantes.....	97
ANEXO D - Roteiro para realização dos Grupos Focais.....	99
ANEXO E - Roteiro para realização das entrevistas.....	102
ANEXO F – Termos de Concordância para as Regionais de Saúde da SES-DF.....	103
ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os fisioterapeutas.....	104
ANEXO H – Parecer consubstanciado de aprovação do CEP/FEPECS/SES-DF.....	106

1 INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde tem se tornado palco de discussões desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, quando em meio às questões trabalhadas pela Reforma Sanitária, foi levantada questão relativa à “...inadequada formação de recursos humanos tanto no nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social...” para a atenção à saúde (Brasil, 1987). Dessa forma, a CNS já apontava para a urgente necessidade de se repensar o modelo de ensino na saúde, a fim de reformular as práticas destes profissionais frente às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Em consequência aos avanços conquistados pelo movimento da Reforma Sanitária, ficou estabelecido na Constituição Federal (Brasil, 1988), que seria atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. E, na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), no título relativo aos recursos humanos, a determinação que a política para trabalhadores da saúde tem que ter por objetivo a organização de “um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

Apesar de a área da saúde possuir suas peculiaridades no tocante aos seus recursos humanos, o sistema educacional não fica de fora do ordenamento da formação. Os dois setores, saúde e educação, pela legitimidade e legalidade de ambos, devem ocupar-se das funções de regulação de Estado no que diz respeito à formação na área da saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004a).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as Diretrizes do SUS conferem referências para a formulação dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), para a organização e orientação dos currículos e práticas de ensino, para a produção de conhecimento e para as relações estabelecidas entre a escola e o sistema de saúde local necessário ao processo de formação (Ceccim e Feuerwerker, 2004a).

A reorganização dos currículos dos cursos superiores da área da saúde é necessária e deve considerar além das diretrizes curriculares da profissão as necessidades e realidades do SUS em relação às diversidades epidemiológica, demográfica, cultural, social e econômica, no sentido de proporcionar a todas as camadas da sociedade ações integrais de saúde em todos os níveis de complexidade, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades (Teixeira, 2003).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004a) só é possível formar um profissional capaz de promover ações integrais de saúde, em contextos diversos com realidades distintas, se sua formação for pautada pelo princípio da integralidade. Para os autores, a configuração de um

currículo integrado (em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado) requer o uso de metodologias ativas, por tornarem o estudante sujeito ativo no processo de aprendizagem, pautado no princípio da autonomia, e rompendo com o modelo de ensino tradicional onde o conhecimento é centrado na figura do professor e o aluno um espectador passivo do processo. Este novo modelo requer também uma nova abordagem pedagógica e a problematização, como estratégia de ensino-aprendizagem, favorece a construção do conhecimento através da vivência de experiências significativas, possibilitando a articulação de vários conteúdos oferecidos em forma de problema aos alunos, necessários para resolver situações em contextos complexos (Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

No entanto, o ensino da saúde no Brasil não se encontra voltado para a integralidade. O perfil dos profissionais formados ainda apresenta forte tendência à especialização precoce, com currículos dicotomizados em ciclo básico e ciclo profissionalizante, além da utilização maciça do ambiente hospitalar como cenário prioritário das práticas, o que permanece dissociando o ensino das realidades dos serviços e de saúde da população (Mitre et al, 2008).

Esta formação reducionista, caracterizada por limitar o processo de adoecimento a aspectos puramente biológicos sem considerar o contexto sócio-cultural em que este indivíduo está inserido e a realidade em que suas demandas subjetivas se constroem, continua sendo transmitida aos profissionais de saúde e comprometendo sua atuação como generalista, ou seja, impossibilita enxergar o indivíduo em toda a sua complexidade, como sujeito e não como objeto, inserido em um contexto socioeconômico e em um ambiente altamente capazes de influenciar sua condição de saúde.

Nesse contexto, emerge o objeto desta pesquisa. Ao considerar que a formação em saúde deve ser direcionada pelo princípio da integralidade, capaz de fornecer competências técnica e social ao atendimento profissional, considerando o processo saúde-doença em toda a sua complexidade, humanizando as práticas no sentido de valorizar a dimensão subjetiva e social dos sujeitos e assegurando o direito e o acesso à saúde a todos os cidadãos. Assim, cabe verificar se as Instituições de Ensino Superior, formadoras de recursos humanos na área da saúde estão em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais, no que tange às necessidades do SUS e ao novo modelo de atenção à saúde, orientado pela integralidade.

Neste estudo será realizado um recorte na formação em fisioterapia por esta ser a área de formação da pesquisadora, razão pela qual motivou a busca por esclarecimentos acerca da relação entre a gênese e desenvolvimento histórico profissional da fisioterapia com o modelo biomédico de assistência à saúde. O foco na reabilitação e no ambiente hospitalar tem levado a fisioterapia para o caminho da especialização precoce e ao distanciamento das práticas de prevenção e promoção à saúde. Isto, conseqüentemente, dificulta sua inserção nos serviços de atenção básica considerados hoje como ordenadora do cuidado do SUS.

Dessa forma, no Capítulo 2 foi revisto o contexto histórico de construção do princípio constitucional da integralidade e, posteriormente, uma reflexão a respeito dos sentidos mais utilizados do termo acerca de seu processo de construção. Para tanto, serão apropriados os sentidos descritos sistematizadamente por Mattos (2009) para entender a integralidade: 1) como atributo das práticas de saúde, 2) na organização dos serviços de saúde, 3) como ordenador de políticas específicas de saúde. Apesar das três dimensões estarem relacionadas ao processo de formação profissional em saúde, maior ênfase será dada ao primeiro e segundo sentidos como eixo de análise, por entender que para que mudanças na estrutura do sistema de saúde aconteçam, e conseqüentemente, uma maior inserção do fisioterapeuta, primeiro há de acontecer uma mudança social nas práticas e na formação deste profissional. Em seguida, foi descrito o Modelo Biomédico e algumas reflexões sobre sua influência na prática e ensino médico, e conseqüentemente, na origem e desenvolvimento histórico da fisioterapia. Por fim, é feita uma contextualização histórica da evolução do ensino na área da saúde, suas tendências pedagógicas e sua urgência por reformulações no processo ensino-aprendizagem para que este seja capaz de refletir, positivamente, nas práticas profissionais. O Capítulo 3 apresenta o objetivo geral e os específicos. No Capítulo 5 são descritos os resultados e suas discussões de forma conjunta e articulada. Por fim, no Capítulo 6 são descritas as conclusões encontradas nesse estudo.

As referências são apresentadas de acordo com as normas da APA.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A integralidade na saúde

2.1.1 A construção da integralidade

As primeiras discussões sobre a integralidade na saúde surgiram nos anos de 1960, época em que muitas críticas e questionamentos emergiram a respeito da prática e ensino médico nos Estados Unidos. Este movimento, conhecido como “medicina integral”, criticava principalmente a formação médica pautada no modelo da medicina científica, caracterizada por fragmentar o corpo humano e seu funcionamento em aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos que transformados em especialidades médicas acabavam por reduzir o ser humano em sua dimensão biológica, desconsiderando os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo e do processo de adoecimento (Mattos, 2009, p.48).

Esse formato de ensino impedia (e impede, ainda hoje) que os estudantes e posteriormente os profissionais de saúde pudessem apreender as necessidades mais abrangentes dos usuários. Não é aceitável que um médico ou profissional da saúde atente-se somente às necessidades explicitamente manifestadas pelo sofrimento do paciente que o procura, mas é imprescindível que este se engaje a ouvir o sujeito e dessa forma busquem reconhecer outras necessidades, muitas vezes não expressas, mas não menos importantes, como a presença de fatores de risco por exemplo.

As críticas levantadas pela medicina integral direcionavam-se às atitudes reducionistas e fragmentárias dos médicos produzidas e reproduzidas nas escolas médicas, ou seja, a crítica se dava ao modelo de ensino, à formação acadêmica, aos currículos de base flexneriana. Estes currículos tinham como características principais o privilégio de laboratórios e hospitais como campo de aprendizagem prática, e a divisão dos cursos em ciclo básico (teórico) e ciclo profissionalizante (prático) (Mattos, 2009).

Tais críticas propuseram reformas curriculares e a criação de novos currículos que fossem capazes de formar médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos capazes de enxergar seus pacientes como sujeitos e não apenas como uma lesão em um determinado órgão ou sistema. Como propostas, surgiram a implantação de outros conhecimentos básicos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, principalmente no tocante às subjetividades que os enredam, e o desenvolvimento das práticas em outros locais, como os ambulatórios e a própria comunidade que permitiriam, mais facilmente, a apreensão das

necessidades reais dos pacientes inseridos em seus contextos culturais e de vida em sociedade (Mattos, 2009).

A partir destes anseios dos adeptos da medicina integral, surgem os primeiros discursos da integralidade requerendo um conjunto de atitudes éticas e técnicas desejáveis aos médicos que possibilitassem a eles uma maior compreensão e apreensão das necessidades de saúde dos indivíduos (Costa, 2004).

No Brasil, o movimento da medicina integral associou-se ao da medicina comunitária ou medicina preventiva, constituindo o que posteriormente serviria de base ao movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento, de caráter social, foi construído conjuntamente ao de redemocratização do país, a partir de constantes insatisfações da sociedade civil com o sistema e a prestação de serviços de saúde da época, consolidando-se nos anos 1980 (Fleury, 2009).

Traços das discussões da medicina integral puderam facilmente ser reconhecidos nas escolas médicas com algumas reformas curriculares. Como exemplo, houve as experiências dos internatos rurais e as residências engajadas em práticas assistenciais que tinham por objetivo aproximar os estudantes da realidade das práticas, fazendo-os vivenciar experiências em seus contextos natos, na expectativa que pudessem considerar as práticas em saúde como práticas sociais (Mattos, 2009).

Esta articulação entre medicina integral e medicina preventiva deu-se por meio de similaridades de ideologias relacionadas às críticas sobre as práticas de cuidado e atenção à saúde e também ao modelo de saúde pública tradicional vigente, centralizador em sua gestão e verticalizado no direcionamento de suas ações, onde os técnicos do Ministério da Saúde identificavam quais eram as necessidades de saúde da população e assim instituíam os programas de saúde de caráter preventivo, totalmente descontextualizados e desarticulados com as práticas assistenciais. Essa compatibilidade de ideais constituiria mais tarde a área da Saúde Coletiva (Mattos, 2009).

O campo da saúde coletiva construiu seu eixo de interpretação de forma análoga ao da medicina integral, partindo da premissa básica de que as práticas em saúde devem ser consideradas como práticas sociais. Assim, as críticas se estenderam às relações da prática de assistência médica privada, ao capital, ao lucro e convergiram na proposta de conquista da saúde como direito dos indivíduos e necessidade de posicionamento do Estado em seu provimento e regulação (Costa, 2004).

Para resgatar ou até mesmo introduzir uma postura integral nas práticas médicas que consistem em atitudes fragmentadas e reducionistas, seria necessário repensar os limites da racionalidade médica e do projeto da medicina. Muitas das características epistemológicas e das práticas da medicina são indissociáveis do processo sócio histórico por ela construído. A construção das teorias das doenças, característica prima da profissão, deu-se progressivamente por

práticas clínicas cada vez mais especializadas, mecanicamente separadas em órgãos, aparelhos e sistemas, evidenciando a doença como entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetivos que, portanto, devem ser tratados por intervenções também concretas (Tesser & Luz, 2008).

A racionalidade médica transformou a doença em objeto principal de suas práticas e, em consequência, supervalorizou o diagnóstico das mesmas. A proliferação de tecnologias diagnósticas, através do progresso crescente da cientificização da medicina, se interpôs entre o profissional e o paciente, deixando de lado, cada vez mais, a construção social que deveria existir entre eles por meio da comunicação, cumplicidade e necessidade de escuta (Tesser & Luz, 2008).

Para Mattos (2009), essa leitura de que o ensino médico era decorrente de sua própria racionalidade não foi homogênea, e acabou por produzir posições polares. De um lado julgavam ser a medicina ocidental moderna essencialmente não-integral, e de outro lado, aqueles que partilhavam das críticas às práticas médicas acreditavam na desconstrução interna das instituições médicas, seguindo o ideal da medicina integral. o autor conclui que essa polaridade de opiniões acabou afastando das discussões os temas relacionados à prática médica, causando uma diminuição da importância dada à noção de integralidade como uma atitude médica desejável, ou até mesmo como uma característica da boa medicina.

Nesse contexto de fragmentação e racionalidade do saber e das práticas em saúde, de um sistema de saúde dividido em assistência médico hospitalar previdenciária responsável pela cura e recuperação, e de uma rede pública voltada para ações de prevenção e promoção da saúde, surge o termo integralidade, como expressão de uma sociedade insatisfeita com a forma com a qual as práticas de saúde vinham sendo realizadas (Costa, 2004).

Mas qual seria exatamente a definição de integralidade? Camargo (2010) ressalta que integralidade não pode nem ao menos ser chamado de conceito, mas se trata de uma “rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas, com alguma relação entre si, mas não completamente articuladas” (Camargo, 2010, p.38).

Por outro lado, a Constituição Federal (Brasil, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) determinam que a integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e deve ser concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, em cada caso, em todos os níveis de complexidade.

Mas a integralidade não é só uma diretriz do SUS, ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo” num enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de os atores que a sustentam julgarem possível sua realização. Essa imagem-objetivo parte de um pensamento crítico onde se recusa reduzir a realidade ao que “existe”, embora

permita várias leituras distintas, sentidos diversos forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si (Mattos, 2009, p.45).

A integralidade permite a identificação dos sujeitos como totalidades, mesmo que não sejam alcançadas em sua plenitude, mas considerando todas as dimensões que se possa intervir. Extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde visando a qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, percebidos como sujeitos histórico, social e político, articulado em seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira, & Barroso, 2007).

Entretanto, é nesse contexto de preocupação com a “totalidade” que Camargo (2010) atenta para o risco que se corre ao tentar controlar a “totalidade de necessidades de um ser humano” para que este não perca sua autonomia e para que não se pratique uma “medicalização integral”. É preciso limitar intervenções desnecessárias e invocar as reais necessidades de saúde da população, através da escuta cuidadosa das necessidades singulares dos indivíduos, antes mesmo de se planejar e programar ações de intervenção.

2.1.2 Os sentidos da integralidade

A fim de organizar a abordagem da integralidade que será utilizada neste trabalho, serão apropriados os sentidos atribuídos por Mattos (2009), sob a perspectiva do Movimento Sanitário, na qualidade de um projeto transformador e reformulador de saberes, impulsionador de críticas que clamam por mudanças, como uma estratégia política e de transformação institucional. As dimensões são descritas a seguir: 1) como atributos das práticas de saúde, 2) como organização dos serviços de saúde, e 3) como políticas específicas de saúde. Essas dimensões são sistematizações em forma de reflexão de alguns dos usos do termo integralidade e “um convite para que o leitor se engaje, com sua crítica, no processo de construção coletiva de uma reflexão acerca dos potenciais e limites da noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas” (Mattos, 2009, p.48).

Mattos (2009) inicia a análise dessa primeira dimensão relacionando a integralidade com os atributos da boa prática médica. Retoma ao movimento da medicina integral, que buscou promover a reforma dos currículos, de base flexneriana, além de tentar transformar as escolas médicas em produtoras de médicos práticas menos fragmentadas e reducionistas, capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de forma mais abrangente, em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Dessa forma, a integralidade pode ser entendida como um valor que se expressa na forma como os profissionais de saúde e não só os médicos respondem às necessidades de seus pacientes.

É legítimo aos profissionais da saúde, especificamente à medicina, a capacidade de responder às queixas do sofrimento humano, com intervenções precisas e eficazes a fim de sanar tais demandas. Mas, as ações de prevenção e promoção à saúde não podem ser negligenciadas a ponto de “esperar” o adoecer para então intervir. Espera-se que o profissional, em um encontro com o paciente, motivado por determinado sofrimento, seja capaz, por exemplo, de “apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento” (Mattos, 2009, p.53).

Esta dinâmica se dá através da escuta direcionada desse sujeito, da abordagem integral do profissional em atentar-se para além dos sinais e sintomas aparentes. Esse tipo de conduta, desejável e nem sempre alcançada, ilustra um dos primeiros sentidos da integralidade a ser questionado: os atributos das práticas de saúde.

O texto constitucional brasileiro afirma ser dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”, além de determinar a integralidade como um dos princípios do SUS: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Em ambas afirmativas (de acesso universal e atendimento integral), ocorrem a articulação entre níveis de assistência e entre ações preventivas e assistenciais (Brasil, 1988).

Dessa forma, a organização dos serviços de saúde em níveis de atenção a fim de garantir o acesso dos indivíduos e coletividades aos mesmos, deve ser igualmente capaz de introduzir ações de caráter preventivo e assistencial em qualquer um dos níveis de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (Mattos, 2004).

No entanto, para que isto ocorra é preciso mais do que apenas um serviço organizado em rede hierarquizada de níveis de assistência. É fundamental que os profissionais que atuam nestes mesmos serviços estejam aptos a enxergar os indivíduos que os procuram em sua totalidade de queixas e contextos sociais. Para que se tenha uma visão ampliada de saúde é preciso também ampliar o cuidado que se presta, não podendo esse ser apenas curativo ou preventivo, como se fossem excludentes. É necessário ter uma apreensão crítica sobre necessidades de saúde, considerando as subjetividades e peculiaridades de cada situação para assim oferecer a melhor abordagem possível do problema.

Com a criação do SUS, a lógica do sistema de saúde antes polarizado em ações assistenciais e preventivas, modificou o arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como escrito na Constituição Federal de 1988. A diferenciação feita entre assistência e prevenção é que, a primeira se dá a partir de uma experiência de sofrimento e à procura pelo serviço de saúde (demanda espontânea). Já a segunda, as ações preventivas de saúde, se antecipam à experiência individual de

sofrimento graças ao conhecimento prévio dos profissionais da saúde sobre as doenças, o que lhes permite antever riscos. Portanto, diferente da “demanda espontânea”, as ações preventivas são promovidas pelos profissionais de saúde em consequência às demandas diagnosticadas nas comunidades ou individualmente, pelo usuário. Nesse sentido, Mattos (2004) conclui que:

para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual de sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção (p.1413).

Assim, entende-se que para um profissional buscar a integralidade é preciso agregar outros valores à sua prática que possam ir além das habilidades e conhecimentos técnicos especializados de sua área de atuação. A capacidade de escuta dos profissionais da saúde deve estar atrelada às de interpretação e compreensão, pois ao ouvir uma queixa este profissional deve ser capaz de abranger todo o contexto físico, social e ambiental no qual ela se dá, desvelando as demandas de quem os procura e, dessa forma, apreendendo as necessidades de saúde dos indivíduos.

Essa prática integral desejável aos profissionais da saúde precisa ser desenvolvida ainda no seu processo de formação, pois a experiência adquirida através das práticas e do contato com a realidade do usuário permite a estes profissionais o desenvolvimento da capacidade de escuta, da visão ampliada de saúde e das necessidades individuais dos sujeitos nos diferentes tipos de contextos.

Mattos (2009) alerta que, a articulação entre prevenção e assistência deve ser feita sem que se caia no processo de medicalização, caracterizado pelo uso indiscriminado de recursos tecnológicos de diagnóstico precoce, como os exames de diagnóstico por imagem, por exemplo, e demais práticas de prevenção que acabam por expandir o consumo de bens e serviços de saúde de modo articulado com ações assistenciais.

A atitude do profissional de saúde que diante de um paciente se atente para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença, como uma simples necessidade de conversa, buscando compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente procura, seria a marca maior desse sentido da integralidade relacionada à atuação do profissional (Mattos, 2009, p.54).

A integralidade não deve ser exclusividade da prática médica, e sim de toda a equipe de saúde. É imprescindível dizer que, indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras são limitados para dar conta das necessidades de saúde dos sujeitos que os procuram (Camargo, 2010, p.41). Isto reforça a importância do trabalho em equipe interdisciplinar,

entendida como a relação intencional de duas ou mais disciplinas para alcançar maior abrangência e transferência de conhecimento na abordagem de um mesmo tema ou problema (de saúde) por especialistas diversos (Roquette, Amorim, Barbosa, Souza, & Carvalho, 2012).

Esta relação de troca e estabelecimento de relações entre profissionais de diversas áreas, da saúde, por exemplo, não acontece apenas se uma equipe for multiprofissional. Neste caso, o que ocorre é uma justaposição de profissões nos ambientes das práticas em torno de um mesmo problema, mas sem se relacionarem entre si. Os profissionais são colocados lado a lado, mas precisam de iniciativas próprias ou institucionais que estimulem e favoreçam a comunicação entre eles no desenvolver de suas práticas (Roquete et al, 2012).

A discussão transcorrida até agora sobre os sentidos da integralidade, incidiu sobre as práticas dos profissionais de saúde que devem ser capazes de discernir de modo abrangente as necessidades de saúde dos usuários que buscam por estes serviços. Em muitos casos a integralidade só se realizará em sua plenitude quando houver a redefinição dos papéis dos profissionais, das equipes de saúde e de seus processos de trabalho com o propósito de reestruturar a organização do trabalho nos serviços de saúde e a assistência prestada.

Antes de avançar na discussão do segundo sentido da integralidade que decorre sobre a organização das práticas nos serviços de saúde, é necessário fazer uma breve contextualização sobre processo de trabalho e mais especificamente, sobre processos de trabalho em saúde.

O processo de trabalho pode ser entendido como “o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, ou como realizamos o nosso trabalho” (Faria, Werneck, Santos, & Teixeira, 2009). E, quanto mais complexo ele for (no sentido da complexidade do trabalho coletivo e social realizado pelos profissionais, mais do que por sua formação intelectual e especializada) e menos sistematizado estiver (considerando a organização do processo e a discriminação dos papéis), mais difícil se torna aos atores envolvidos (profissionais e usuários) refletir sobre ele.

Todo processo de trabalho é realizado com o propósito de se atingir um objetivo previamente estabelecido, a partir da produção de um dado produto, para o qual se pretende responder a alguma necessidade ou expectativa humana. Uma vez estabelecido o objetivo, são determinados meios e condições para a realização do processo de trabalho por um agente ou sujeito em algum objeto sobre o qual exercerá ação transformadora (Faria et al, 2009).

No caso do processo de trabalho em saúde pode-se considerar, de acordo com a caracterização descrita acima, o objetivo sendo o cuidado; os meios e condições a estrutura física dos serviços de saúde, assim como o conhecimento e habilidade dos profissionais, e as relações sociais desenvolvidas por estes; o objeto do processo de trabalho o usuário; e o agente que estabelece, planeja e executa as ações o profissional da saúde, por exemplo.

Considerando que o produto do processo de trabalho em saúde seja a satisfação de uma determinada necessidade do usuário, pode-se dizer que este produto causa modificações no consumidor deste serviço e este, portanto, passa a ser além de objeto também sujeito/agente desse processo de trabalho. E, se o usuário é objeto e agente de um mesmo processo de trabalho, ele deve estar ativamente envolvido no mesmo.

A prestação de serviços em saúde é (ou deveria ser) baseada em relações interpessoais entre o prestador de serviços e o usuário, uma vez que o processo de trabalho que os comunica realiza objetivos existenciais e sociais. Mas, esse perfil relacional entre profissionais e equipe e profissionais e usuário depende muito do modelo assistencial adotado, pois é ele que acaba por definir o objetivo/finalidade do serviço e suas conformações (Faria et al, 2009).

Para Paim (2001), os modelos assistenciais em saúde são vistos como “uma espécie de lógica que orienta a ação”, no sentido de combinar técnicas e tecnologias (materiais ou não) nas intervenções utilizadas para resolver os problemas e necessidades sociais de saúde, sejam individuais ou coletivos, ao invés de pensá-los apenas como uma forma de organizar ou administrar os serviços de saúde.

As reflexões sobre os modelos assistenciais brasileiros desenvolveram-se especialmente na década de 70, época de formulação do projeto da Reforma Sanitária brasileira que, entre outras coisas, fazia análises e críticas às políticas de saúde e aos modos de intervenção aos problemas e necessidades de saúde da população (Paim, 2001). À época, o modelo assistencial encontrava-se centrado na figura do médico e no atendimento curativo. Havia a divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública (Ministério da Saúde) e pela assistência médica (Ministério da Previdência Social). Uma das razões para essa dissociação era o reconhecimento de que as necessidades por práticas assistenciais e por práticas de saúde pública eram, de fato, distintas. As assistenciais eram demandadas pela população, enquanto que as de saúde pública deveriam ser apreendidas pelos técnicos do ministério, pois na concepção do sistema, nada mais adequado do que um corpo técnico especializado para tratar de necessidades de saúde distintas (Mattos, 2009).

Com a assistência médica previdenciária centrada nos hospitais e os serviços de saúde pública centrados nos centros de saúde, a população tinha que se dirigir às unidades distintas conforme sua necessidade se encaixasse. Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), quando o modelo assistencial adotado em uma unidade de saúde é baseado no modelo biomédico, o trabalho em saúde torna-se compartimentalizado, de forma que cada grupo de profissionais presta “parte” da assistência de acordo com sua área de formação ou especialidade. Esta abordagem compartimentalizada pode dificultar a proposta de cuidado integral, uma vez que é baseada na conformação do trabalho por profissionais especializados atuando individualmente.

Nesse contexto dicotômico, entre prevenção e assistência, e em resposta às críticas e à ineficiência do sistema de saúde, surgem propostas de mudanças para um modelo que fosse integral, capaz de transformar a lógica das unidades de saúde e também das práticas. A articulação entre assistência e práticas de saúde pública, por exemplo, se deu de duas formas: a primeira consistiu na introdução de práticas assistenciais (como o atendimento de demanda espontânea) nas antigas unidades de saúde pública, que antes eram apenas de ações preventivas; e a segunda, inerente às práticas dos programas do Ministério da Saúde, conhecidos como “verticais” por serem elaboradas a partir da percepção dos técnicos do ministério acerca das necessidades de saúde da população. Como exemplo, os programas de tuberculose e hanseníase que eram introduzidos nas unidades de saúde totalmente fragmentados e dissociados uns dos outros e principalmente das necessidades de saúde da população da região (Mattos, 2009, p.58).

No entanto, as medidas de atendimento de demanda espontânea e a horizontalização dos programas antes verticais não foram suficientes para produzir “impacto positivo na saúde da população” (Mattos, 2009). Na verdade, a introdução de atividades assistenciais (pura e simples) nas unidades de saúde acabou por explicitar uma grande demanda por atendimento médico que sobrepunha à lógica das ações voltadas para a prevenção. E, ao mesmo tempo, a criação de programas pautados nas necessidades da população tornou-se um desafio, pois a percepção destas necessidades era (e ainda é) um dificultador para os profissionais de saúde, principalmente para aqueles formados pelo modelo biomédico.

Esse contexto de insuficiência e desarticulação entre as ações de saúde “planejadas” e a demanda crescente e insatisfeita, fez surgir propostas para tentar organizar o trabalho nos serviços de saúde. Um exemplo foi a utilização de dados epidemiológicos como ferramenta que permitiria uma apreensão real das necessidades de saúde da população. Assim, a equipe de saúde dividia a população em seguimentos (normalmente por faixas etárias) e definia quais seriam as atividades programadas de acordo com as doenças ou agravos mais frequentes na população, e se as ações seriam de prevenção (no sentido de evitar o contágio de doenças preexistentes e o surgimento de novas doenças) ou de controle (com o objetivo de evitar o aumento de incidência e prevalência de doenças existente na população) (Czeresnia, 2003).

São inquestionáveis os avanços dados à integralidade sob a perspectiva das ações programáticas horizontalizadas, produzidas e pensadas em loco e não mais determinadas por uma hierarquia vertical distante da realidade e contextos do serviço, e também da importância dos dados epidemiológicos nas ações de saúde.

No entanto, apesar de a epidemiologia oferecer ótimas ferramentas para a percepção das necessidades de saúde nos serviços, existem algumas necessidades que simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica. Por exemplo, aquelas manifestas na demanda espontânea, exclusivas de um determinado sujeito/usuário, que de modo

algum podem ser ignoradas na discussão da organização dos serviços de saúde. Para Mattos (2009), “os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população a qual atendem”.

Stotz, conforme citado por Cecílio (2009), afirma que “se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual” (p.118).

Cada vez que uma equipe de saúde estrutura seu trabalho definindo ações prioritárias de acordo com as necessidades de saúde da população apreendidas, ela corre o risco de romper com a integralidade por limitar suas ações ao instituído, deixando de responder às necessidades que por ventura não foram contempladas na estruturação do serviço, como aquelas trazidas individualmente pela demanda espontânea, por exemplo (Mattos, 2009, p. 61).

Franco e Merhy (2012) afirmam que o processo de trabalho em saúde, quando pensado na produção do cuidado, é profundamente marcado pela dimensão relacional entre os sujeitos que o integram. Mas que, ao se analisar estas relações (profissional-usuário, usuário-equipe, profissional-profissional, etc.) percebe-se que o processo de produção do cuidado traz à tona toda a subjetividade (natural do ser humano) dos sujeitos envolvidos.

Portanto, se a subjetividade é também social e historicamente construída, se “seu núcleo operativo se encontra no desejo processado em âmbito inconsciente” (Franco & Merhy, 2012) de cada indivíduo, e se os sujeitos relacionam-se em diferentes contextos sociais e ambientais, torna-se desejável que o processo de trabalho em saúde seja pensado considerando a dimensão relacional do cuidado, abordando as subjetividades dos sujeitos no momento em que forem apreendidas suas necessidades de saúde.

Para que essas mudanças estruturais ocorram de forma efetiva na organização dos serviços de saúde, e conseqüentemente na produção do cuidado novas diretrizes devem ser instituídas na condução do trabalho. Franco e Merhy (2012), sugerem como possibilidades de ação para essas mudanças a prática do acolhimento, o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, ou usuário e equipe, e o acompanhamento dos projetos terapêuticos, além da responsabilização dos sujeitos. Essas ações em saúde e atitudes desejáveis a todo profissional da área, deveriam ser aprendidas no processo de formação profissional dos diferentes cursos da saúde, a fim de que sua aplicação prática seja efetivamente eficaz.

Nesse contexto, sob a ótica da integralidade, a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde deveria dar-se de forma contínua, assim como a busca por possibilidades de apreensão de necessidades de saúde da população. Se o objeto do processo de trabalho em saúde é o usuário e, portanto, suas necessidades de saúde, a organização desses processos de trabalho deve acompanhar a mutação das necessidades dos indivíduos assim como a dinâmica de suas vidas. Essa reestruturação das instituições de saúde e seus processos de trabalho

dependem não só da renovação das práticas e comportamento dos profissionais de saúde, mas também da formulação de políticas de saúde específicas. Assim, será apresentado o terceiro conjunto de sentidos da integralidade, o das políticas de saúde específicas.

Mattos (2010) inicia a análise deste sentido da integralidade fazendo uma breve reflexão a respeito do uso da expressão “políticas de saúde específicas” e não de “políticas voltadas a portadores de doenças”. A distinção entre elas, segundo o autor se dá em vários pontos, a saber: 1) é senso comum que a noção de saúde não é mais apenas a ausência de doenças, não podendo, portanto a política de saúde ser determinada às pessoas portadoras daquela doença. Essa postura remonta ao modelo assistencial hegemônico tão criticado por ser centrado na doença; 2) se a política é destinada a “portadores da doença”, seja ela qual for, corre-se o risco de desenhar propostas apenas assistenciais, uma vez que medidas preventivas não são realizadas em grupo de portadores de doença. Nesse caso, haveria uma restrição de uma das premissas da integralidade: a articulação entre ações assistenciais e preventivas (p.49).

Seguindo estas primeiras reflexões, Mattos (2010) discorre sobre a história das políticas de saúde desde o modelo campanhista até a configuração do Sistema Nacional de Saúde, e posteriormente o SUS. Desse momento em diante surge um dos sentidos da integralidade, a partir de críticas sobre a criação de políticas voltadas para a oferta de serviços assistenciais sem que fossem levadas em consideração as conseqüências epidemiológicas dessas doenças para a população descoberta. A idéia de integralidade manifestava certa indignação a este modo de pensar, pois considerava inaceitável a existência de uma política de saúde unicamente assistencial, portanto sem condições de reduzir a magnitude da maioria das doenças, e ainda capaz de deixar descoberta a população não portadora de determinada doença (Mattos, 2010).

Desse modo, a integralidade como eixo norteador de políticas de saúde, faz um convite aos formuladores de políticas no enfrentamento de certas doenças. O desafio imposto implicava em tornar compatíveis as perspectivas de controle, erradicação ou mesmo a mudança na magnitude de certas doenças no país, estado ou município, assegurando a resposta às necessidades e às demandas por ações assistenciais e preventivas, garantindo o direito de portadores de doenças como o direito dos não-portadores (Mattos, 2010).

A superação deste modelo hegemônico de assistência à saúde, de ações verticais, normatizadas pela gestão central do sistema por uma abordagem centrada nos direitos tende a assumir um caráter de diálogo e argumentação com os usuários, assim como uma melhor compreensão de seus anseios por cuidado. As pessoas deixam de ser vistas como simples objetos de intervenção governamental e passam a ser vistas por estes como sujeitos que têm direitos, demandas a serem ouvidas e necessidades que devem ser supridas (Mattos, 2010).

Neste sentido, pode-se considerar que os três sentidos da integralidade se interpenetram e consubstanciam-se mutuamente na possibilidade de configurarem um sistema de

saúde, seja no nível das práticas, da organização dos serviços ou na formulação de políticas de saúde.

2.2 Reflexos do Modelo Biomédico no desenvolvimento histórico da fisioterapia

2.2.1 O modelo biomédico

O modelo biomédico tem suas origens históricas associadas à era Renascentista, época em que o pensamento científico encontrou espaço profícuo e legitimou-se como paradigma de produção do conhecimento verdadeiro (Barros, 2002).

Um dos filósofos responsáveis, ainda hoje, pela hegemonia do raciocínio médico foi René Descartes (1596-1650) e sua visão cartesiana de corpo e mundo como uma grande máquina a ser explorada. Seus fundamentos básicos eram: o ordenamento na condução do pensamento, a cientificidade dos atos, e a separação das partes para estudo (Barros, 2002).

Essa visão acabou por reduzir a compreensão de ciência na modernidade como sendo o acúmulo de observações e generalizações indutivas a partir de proposições singulares, aceitando que das generalizações derivarão deduções que buscarão prever ou explicar um fenômeno, de forma objetiva, neutra e pontual. Assim, o estudo das doenças passa a ser baseado nos processos que podem ser diretamente observados e medidos, e a estrutura do método clínico passa a organizar os conteúdos que os estudantes supostamente deveriam aprender.

A consolidação desse modelo de ensino ocorreu em 1910, com a publicação do Relatório Flexner. Abraham Flexner realizou um estudo sobre a situação das escolas e da educação médica nos Estados Unidos e Canadá, através da visita de 155 escolas americanas e canadenses durante seis meses. Após o estudo, publicou seu famoso relatório com recomendações de reformas no ensino médico baseado nas avaliações que fez (Pagliosa & Da Ros, 2008).

Dentre as recomendações feitas por Flexner, as principais propostas do relatório para reforma e desenvolvimento do ensino médico foram: definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada (Pagliosa & Da Ros, 2008).

As grandes repercussões e efeitos sobre a educação médica após a divulgação do Relatório Flexner, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista do processo saúde-doença, onde saúde

passou a significar a ausência de um estado patológico e a doença considerada unicamente em seus aspectos anátomo-patológicos, desconsiderando a dimensão subjetiva dos sujeitos, seus aspectos sociais, psicológicos e ambientais. Essa visão acabou reforçando o uso de elementos estruturantes do modelo biomédico no ensino e nas práticas médicas até hoje cristalizados. São eles:

- O mecanicismo, fazendo uma analogia do homem a uma máquina;
- O biologicismo, que tenta explicar as causas e conseqüências das doenças por meio de alterações biológicas;
- O individualismo, que elege o indivíduo como objeto de estudo da medicina em detrimento das coletividades;
- A especialização, que troca a globalidade do conhecimento por suas dimensões específicas;
- A exclusão de práticas alternativas para viabilização da medicina científica;
- A tecnificação do ato médico, a fim de legitimar a mecanização e biologicismo;
- A ênfase na medicina curativa, reduzindo o universo de problemas e intervenções possíveis;
- A concentração de recursos, conferindo a lógica mercantilista à assistência médica.

Este modelo de ensino reformulou o processo de trabalho médico, na medida em que deslocou o foco da atenção na sociedade para o indivíduo. No entanto, apesar do avanço e sofisticação da prática médica, foi sendo constatada uma limitação da biomedicina para oferecer respostas satisfatórias a muitos problemas, em sua maioria de ordem psicológica e/ou subjetiva, que acompanhavam a maioria das doenças. Acrescente-se a esta lógica o alto custo das novas tecnologias dos serviços médicos, quando tudo foi transformado em mercadoria, e na impotência dos indivíduos e serviços públicos em custeá-los (Barros, 2002).

Nesse contexto, começaram a surgir grandes questionamentos e críticas ao setor saúde que mostrava-se ineficiente, ineficaz e desigual para atender as demandas e necessidades de saúde da população. Estas constatações causaram grande movimentação, a partir da década de 1960, nos meios acadêmicos, governos, instituições representativas de classe e sociedade em geral (Pagliosa & Da Ros, 2008).

Os anseios pela formulação de um novo modelo, que fosse capaz de se contrapor ao hegemônico modelo biomédico, começaram a surgir em consonância ao movimento da medicina preventiva que emergia nessa mesma época. Em 1978, ocorreu em Alma-Ata, Kazaquistão, a primeira Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde. Essa conferência resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como direito humano e uma das mais importantes metas sociais mundiais. A promoção da saúde surgiu como uma nova concepção de saúde, não mais centrada na doença, mas na qualidade de vida das

pessoas. Na Declaração de Alma-Ata emergia o sentido da integralidade na prestação dos serviços de saúde, responsabilizando-os por promover à comunidade “serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades” (Mendes, 2004; Brasil, 2002a).

Outro marco importante desse movimento que se estruturava sobre este conceito ampliado de saúde foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, conhecida como Conferência de Otawa (1986). Realizada no Canadá, essa Conferência aconteceu como resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública no contexto mundial, e baseou-se nos avanços conquistados desde a Declaração de Alma-Ata. Dentre suas principais considerações destaca-se a importância à promoção da saúde e aponta a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população (Heidman, Almeida, Boehs, Wosny, & Monticelli, 2006).

Em consequência a essas movimentações sociais, a saúde passa a ser entendida como direito, e novos determinantes de saúde, como estilo de vida e meio ambiente, são identificados a partir desse olhar ampliado da saúde, que necessita da participação conjunta de outros setores (como o social e econômico), e não só do setor saúde para sua efetiva realização (Brasil, 2002a). No Brasil, dois marcos históricos foram fundamentais para o fortalecimento do processo de construção da saúde nessa nova lógica: a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição de 1988.

2.2.2 Origem e desenvolvimento histórico da Fisioterapia

A origem e evolução da fisioterapia são historicamente caracterizadas pela atuação na reabilitação. Seu surgimento ocorreu, inicialmente, como uma especialidade médica destinada à recuperação e à reabilitação física de sobreviventes das grandes guerras mundiais e das epidemias de poliomielite (Rodrigues, 2008).

O foco no modelo de reabilitação pós-guerra vinculou a prática da fisioterapia ao modelo biomédico, cartesiano, onde a doença é tida como uma condição abstrata, independente do comportamento social ou da personalidade do indivíduo, e que ter saúde equivale a não estar doente. Trata-se, pois de uma visão reducionista do corpo humano às suas estruturas e processos biológicos, centrado na cura e reabilitação dos mesmos (Silva & Silveira, 2011; Reis, 1999).

Sua origem no Brasil data da primeira metade do século XX, com a implantação do primeiro curso para técnicos em fisioterapia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, inicialmente atuando como uma profissão auxiliar médica (Naves & Brick, 2011). Após esta iniciativa, no Rio de Janeiro, através da Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR) deu-se início à formação superior em fisioterapia. A partir de então, a formação superior em fisioterapia estendeu-se por todo o país sem que houvesse contestações sobre sua real necessidade (Freitas, 2006).

Nascimento, Sampaio, Salmela, Mancini, e Figueiredo (2006) descreveram em seu estudo o processo de profissionalização da fisioterapia e o desenvolvimento da identidade profissional desta categoria no Estado de Minas Gerais, a partir da necessidade de um grupo de médicos ortopedistas que precisavam de mão de obra especializada nos hospitais em que atuavam. Os autores verificaram que a autonomia do fisioterapeuta esteve prejudicada pela medicina em vários momentos desde sua criação. Inicialmente pelo monopólio dos saberes e das condutas; pelo gerenciamento dos serviços de reabilitação; através da prescrição de tratamento a ser realizado pelo fisioterapeuta; e mais recentemente pela dependência do encaminhamento de pacientes (Nascimento *et al*, 2006).

Esta relação de dependência do fisioterapeuta ao profissional médico é bem explicitada no Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação (CFE) que limita e condiciona a atuação deste profissional ao médico, caracterizando-o como “auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e a responsabilidade do médico”, e que, por esta razão a Comissão do CFE preferiu denominar os novos profissionais paramédicos de Técnicos em Fisioterapia. No entanto, esta mesma Comissão reconhece a necessidade de formação superior para os novos Técnicos de Fisioterapia (ato não convencional no país para cursos técnicos) e oficializa o currículo mínimo de três anos (Freitas, 2006).

Segundo Freitas (2006), a repercussão deste Parecer (nº388/63) junto à classe profissional de fisioterapeutas foi de indignação e sentimento de instabilidade futura. Em consequência, houve grande mobilização da categoria em busca de autonomia e regulamentação profissional. Os principais eventos que motivaram o reconhecimento profissional da fisioterapia foram os eventos promovidos pela Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) a partir de 1965 e sua posterior regionalização, além do trágico, porém oportuno, Acidente Vascular Encefálico (AVE) sofrido pelo então Presidente do Brasil em 1969, Costa e Silva, que por esta razão foi atendido por um fisioterapeuta (Freitas, 2006).

O reconhecimento profissional legitimou-se por meio do Decreto-Lei n.938/69 que tornou exclusiva a execução de métodos e técnicas específicas à categoria (Brasil, 1969), e a regulamentação da profissão ocorreu mais tarde, com a Lei n.6.316 de 17 de dezembro de 1975 que criou o Conselho Federal e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Brasil, 1975) que conferiram *status* de nível superior e autonomia profissional à classe.

No entanto, a legislação que regulamenta a fisioterapia limitou muito suas possibilidades de atuação restringindo a ação do fisioterapeuta na execução de técnicas e métodos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (Brasil, 1969; Brasil, 1975).

A atuação do fisioterapeuta tornou-se profundamente dependente da existência de uma infraestrutura física e de material específico, dificultando conseqüentemente as possibilidades de avanço da profissão (Maraes, Martins, Cipriano, Acevedo, & Pinho, 2010).

Ao longo dos últimos 20 anos o desenvolvimento e transformações históricas do sistema de saúde brasileiro, com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em níveis de assistência de acordo com a complexidade das ações e serviços em saúde, propiciou grandes avanços no acesso aos serviços e cuidados de saúde pela população por meio, principalmente, do fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macino, 2011).

Destaque especial é dado ao Programa de Saúde da Família (PSF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial à saúde, vigente até então, utilizando a atenção básica como eixo de reestruturação do sistema (Santos, 2008). Após sua criação e implementação, foram inseridos ao programa profissionais de diferentes áreas da saúde (entre eles a fisioterapia) para que atuassem em conjunto com as Equipes de Saúde da Família com o objetivo de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e as ações da atenção básica à saúde (Barros, 2002).

No entanto, a ampliação da área de atuação da fisioterapia ocorrida nos últimos anos deu-se, majoritariamente, nos níveis de maior complexidade de assistência à saúde, o hospitalar. Este cenário, aparentemente contrário ao traçado pelo SUS, pode ser reflexo da formação tradicionalmente biomédica ainda praticada pela maioria das Instituições de Ensino Superior, cada vez mais especializada e com a fragmentação do saber técnico através da compartimentalização do homem em áreas distintas e não relacionadas (Bispo, 2010; Nogueira-Martins, 2006).

Esta formação reducionista transmitida aos profissionais da saúde compromete sua atuação como generalista, pois impossibilita que o mesmo enxergue o indivíduo como um todo, como sujeito e não como objeto, inserido em um contexto socioeconômico e em um ambiente altamente capaz de influenciar sua condição de saúde.

Frente às dificuldades relacionadas à formação de recursos humanos em saúde e com o propósito de nortear as Instituições de Ensino Superior na construção e reformulação de suas diretrizes curriculares, o Ministério da Educação lançou em 2001 orientações gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação, e afirmou que a formação do profissional da saúde deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. A partir de então, os cursos da área de saúde lançaram suas Diretrizes Curriculares específicas, revisando seus projetos de formação acadêmica visando adequá-los de forma a permitir a “capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a

integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (Brasil, 2001a; Brasil, 2001b).

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia data de 2002 e determina que o formando deva ter uma formação generalista, humanista e uma visão crítica e problematizadora da natureza social do processo saúde-doença, sem que, no entanto, perca o rigor científico e intelectual específico da profissão (Brasil, 2002b).

Espera-se, portanto um profissional com habilidades e competências técnicas e cognitivas, com adequado conhecimento do SUS, capaz de solucionar problemas de forma crítica e reflexiva nas mais diferentes áreas de sua formação, trabalhando em equipe multiprofissional de forma a assistir as necessidades de saúde da população em toda sua complexidade e em todos os níveis de assistência (Ceccim & Feuerwerker, 2004b).

Entretanto, de um modo geral, o perfil do profissional formado em fisioterapia ainda aparece um tanto distante do esperado. Ceccim e Feuerwerker (2004b) afirmam que a formação adquirida em uma profissão pode influenciar a prática profissional da mesma. Nesse sentido, considerando que o modelo biomédico ainda é predominante no processo de formação da maioria dos cursos de fisioterapia, voltando sua prática para as clínicas de reabilitação e os centros de terapia hospitalares, é possível prever que estes profissionais enfrentem dificuldades de inserção na assistência básica de serviços de saúde, eixo norteador do sistema de saúde brasileiro (Ceccim & Feuerwerker, 2004b).

Os cursos de formação em saúde seguiam as determinações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior nº 5.540 de 28/11/1968, resultante da Reforma Universitária ocorrida nessa mesma época, e preconizava a adoção de um currículo mínimo organizado em regime disciplinar, a ser desenvolvido em período definido, com carga horária prefixada, composto por disciplinas obrigatórias profissionalizantes, e por disciplinas eletivas, complementares (Macedo, Trevisan, Trevisan, & Macedo, 2005).

Para os cursos da área da saúde, este currículo mínimo traduzia-se em: conteúdos computados por créditos, dicotomização do conhecimento em área básica (biológica, ofertada no início do curso) e área clínica (profissionalizante, no final do curso), indução à especialização precoce, ambiente hospitalar como campo privilegiado de práticas, dissociação com o sistema de saúde, orientação para o cuidado individual e modelo curativista das doenças (Ceccim & Carvalho, 2011).

Este modelo de formação fortemente influenciado pelo Relatório Flexner para a avaliação do ensino médico (e da saúde), que privilegiava a hegemonia da atenção hospitalar, as especialidades e a prática curativa individual, contribuiu sobremaneira para o perfil dos profissionais formados, caracterizados pela especialização precoce e pela utilização excessiva de tecnologias diagnósticas e terapêuticas (Araújo, Miranda, & Brasil, 2007).

Paralelamente a esta reforma educacional que ampliava a abertura de cursos da saúde, ocorria outro movimento, o da medicina integral ou preventiva, que apontava exatamente para a formação dos profissionais de saúde como estratégia para a transformação das práticas de saúde, visando o reconhecimento das necessidades de saúde da população (Ceccim & Carvalho, 2011).

No entanto, o movimento da medicina preventiva não obteve o êxito esperado no cenário da educação em saúde. Acabou sendo apenas incorporado como disciplina à matriz curricular, de base ainda flexneriana, de forma complementar, sem promover mudanças substanciais no processo formativo em saúde.

Seguindo este contexto, o movimento sanitário, consequência de um longo processo de discussões acerca da necessidade de reestruturação do sistema de saúde vigente e embasado por pressupostos ideológicos do movimento da medicina preventiva, também atentou para a questão da formação e do exercício profissional como abordagem fundamental para a plena implementação de um sistema de saúde que fosse universal, integral e sob controle social (Pontes, Silva, & Pinheiro, 2011).

Esse cenário de críticas ao formato de ensino hegemônico, adotado pelos cursos da área da saúde, engajado pelos movimentos sociais já descritos, compartilhou de um momento de redemocratização do país que culminou com a promulgação da Constituição Federal (1988) e a criação do SUS. A nova Constituição incorporou em seu texto uma série de dispositivos educacionais, entre eles, o direito público subjetivo, a gratuidade no ensino médio e superior públicos, e a gestão democrática, que fizeram necessária a criação de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Mattos, 2006).

As inovações trazidas pela nova LDB - n.9394/96, tratavam de viabilizar na prática o que a Constituição Federal proclamava na teoria: a extinção do antigo currículo mínimo e a criação das Diretrizes Curriculares como orientadoras das escolas de ensino superior na construção de um perfil que privilegiasse a humanização, as características loco regionais e o fundamento científico da profissão (Mattos, 2006).

As propostas das DCN para os cursos superiores de saúde além de orientar a reformulação dos currículos, constitui também um passo importante na construção da mudança paradigmática do ensino em saúde. Essa transição paradigmática do processo de educação superior de um modelo de ensino biomédico, flexneriano, para outro pautado pela perspectiva da integralidade da assistência; da dimensão individual do cuidado para uma dimensão coletiva; da flexibilização de currículos rígidos de disciplinas estanques para outro capaz de integrar conteúdos e desenvolver competências e habilidades em múltiplos cenários de aprendizagem (Perim et al, 2009).

A fim de que estas diretrizes fossem formuladas, o Ministério da Educação e Desporto (MEC), através de sua Secretaria de Educação Superior (SESu), publicou em 1997 um edital de convocação às IES para que estas participassem das discussões e apresentassem propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores. Este edital (Edital n. 4/97) tinha por objetivo fornecer orientações básicas para a formulação das propostas.

As propostas enviadas foram analisadas por 38 Comissões de Especialistas, responsáveis pela elaboração das Diretrizes Curriculares que posteriormente seriam analisadas pela comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE n.583/01) que, visando o aperfeiçoamento das mesmas incorporou aspectos fundamentais para as áreas de conhecimento que integram a saúde, como:

- Perfil do Formando Egresso/Profissional;
- Competências e habilidades;
- Conteúdos curriculares;
- Organização dos cursos;
- Acompanhamento e avaliação.

Estes documentos decidiram por adotar uma orientação comum para os diferentes cursos da saúde (Fonseca, 2012). Estabeleceram como objeto das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 2001b, p.4).

E como objetivo:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001b, p.4).

Assim, entre o período de 2001 e 2004, o Conselho Nacional de Educação aprovou as DCN para os cursos de graduação da área da saúde, com o enfoque em habilidades e competências, rompendo com a estrutura tradicional dos currículos com conteúdos disciplinares mínimos e apontando para uma mudança na formação em saúde. A partir desse momento, é preconizada a formação de um profissional generalista e não-especialista, com uma visão integral

dos indivíduos, que possua uma concepção ampla de saúde como processo saúde-doença e não como ausência de doença. Espera-se com isso, direcionar a educação dos profissionais de saúde às necessidades da população e configurar a integralidade como eixo norteador destas mudanças (Pontes et al, 2011).

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

Até a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Fisioterapia (DCNF), o curso já havia sido submetido a outros dois currículos anteriores caracterizados pela lógica do currículo mínimo, desejável à formação profissional. O primeiro, instituído através da Portaria nº 511/64 do extinto Conselho Federal de Educação (CFE), foi profundamente influenciado pelo “modelo flexneriano” de ensino estabelecido no Brasil a partir da década de 1940, preconizava a formação em três anos letivos compostos pelas seguintes disciplinas: Fundamentos de Fisioterapia, Ética, História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. Na apresentação deste currículo, parece evidente a intenção de formar um profissional preparado para a execução de atividades técnicas voltadas para a reabilitação (Freitas, 2006).

É importante ressaltar que, neste momento histórico (1964), a fisioterapia ainda não era uma profissão reconhecida e que o mesmo viria a acontecer mais tarde, por meio de um Decreto-Lei nº 938 em 1969 (Brasil, 1969).

O segundo currículo oficialmente instituído através da Resolução nº 04/83 do CFE, traz algumas mudanças, em relação ao primeiro, como: a ampliação do tempo de duração do curso para no mínimo quatro anos e no máximo oito anos; uma carga horária mínima de 3.240 horas; o estabelecimento de um sistema de ciclos, para alocação das disciplinas que ficariam assim distribuídas:

- I – Ciclo de Matérias Biológicas;
- II – Ciclo de Matérias de Formação Geral;
- III – Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes;
- IV – Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

Para cada ciclo de matérias um determinado conjunto de disciplinas foi estabelecido como o mínimo necessário. Ao analisar o tema de cada ciclo, é possível observar que há uma forte identificação com os princípios flexnerianos caracterizados neste currículo pela presença de ciclo básico (no início) e ciclo profissionalizante (no final do curso), pela ausência de aspectos preventivos e de promoção da saúde, por uma valorização do ambiente clínico/hospitalar

como cenário de práticas, e a uma tendência à especialização dentro da própria fisioterapia (Freitas, 2006).

Após 19 anos de hegemonia do currículo mínimo, desde sua implantação em 1983, são aprovadas as DCNF através da Resolução CNE/CES nº 4, em 19 de fevereiro de 2002 (Anexo A).

A primeira grande diferença com os modelos de currículo anteriores deu-se na discussão conjunta sobre a formação do fisioterapeuta com outras profissões de saúde, diferente do ocorrido na construção dos dois últimos currículos, quando estas discussões aconteceram de forma isolada, como se a fisioterapia estivesse desconectada do contexto da saúde. A partir deste momento, a formação deveria ser orientada e contextualizada com as necessidades sociais interligadas à saúde da população (Brasil, 2001b).

A elaboração das DCNF contou com a participação de diversas IES de fisioterapia, algumas entidades representativas da profissão, dos Conselhos Federal e Regionais, além dos docentes fisioterapeutas que compunham a Comissão de Especialistas de Ensino responsáveis pela sistematização da proposta das DCNF (Freitas, 2006).

Em seu artigo 3º, as DCNF descrevem como perfil do formando egresso/profissional “uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual” que introduz a noção de integralidade no atendimento do fisioterapeuta, citando a atuação em todos os níveis de atenção à saúde e à formação generalista e humanista (Brasil, 2002b).

De acordo com Teixeira (2010), essa formação generalista visa profissionais capacitados a desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde e também intervenções assistenciais, levando em conta seu conhecimento técnico e epidemiológico em uma abordagem mais global, menos específica.

Já o apelo pela formação humanista, remete à necessidade de um profissional capaz de ofertar um atendimento de qualidade, de acolhimento ao desconhecido, assumindo uma postura ética de respeito ao usuário, entendido agora como cidadão e não apenas como consumidor de serviços de saúde (Silva & Silveira, 2011).

Os artigos 4º e 5º das DCNF tratam, respectivamente, das competências e habilidades gerais e específicas da formação. Alguns pontos merecem destaque por sua contraposição aos currículos anteriores e até mesmo ampliação. Cita-se de forma imperativa que o profissional deve estar apto a desenvolver ações em todos os níveis de atenção à saúde (prevenção, promoção, proteção e reabilitação), de forma individual ou coletiva, integrando sua prática à dos demais profissionais de saúde de forma multi, inter e transdisciplinar na tomada de decisões e comunicação entre os profissionais de saúde, visando a resolução dos problemas de saúde dos sujeitos, sem deixar de levar em consideração o contexto social e ambiental o qual estão inseridos.

Os fisioterapeutas devem ser capazes de aprender a aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática (Brasil, 2002b; Teixeira, 2010).

Destaque importante deve ser dado ao parágrafo único do artigo 5º, quando afirma-se que “a formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país”. Ora, pois não é o SUS o Sistema de Saúde vigente? Por que então não mencioná-lo como tal? Este detalhe na redação das DCNF e de outros cursos de saúde em não destacar o SUS remete a uma posição descrente quanto a legitimação e fortalecimento do mesmo.

No artigo 6º, a idéia de disciplinas rígidas já previamente estabelecidas é rompida por orientações sobre os conhecimentos necessários ou mais adequados a serem adquiridos pelos estudantes, agrupados em blocos estruturais:

- I – Ciências Biológicas e da Saúde;
- II – Ciências Sociais e Humanas;
- III – Conhecimentos Biotecnológicos;
- IV – Conhecimentos Fisioterapêuticos.

Nos artigos 9º e 10º, são deliberados que os Projetos Pedagógicos dos cursos de fisioterapia deverão ser orientados pelas DCNF, e que devem ser construídos “centrado no aluno, como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como sujeito facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem”, visando uma formação integral e adequada do estudante.

Há destaque no artigo 13º, em seu inciso I, para a introdução das práticas desde o início do curso, desvinculando a formação do modelo de currículo dicotômico anteriormente utilizado, onde teoria e prática não se integravam e, no início do curso eram privilegiadas as disciplinas de conteúdo biológico. No entanto, as DCNF impedem o avanço das práticas ao determinar que as mesmas ocorram gradativamente, de forma crescente, de acordo com a complexidade das mesmas. Em seguida no inciso II, fica imputado que as práticas deverão se realizadas na própria IES e, quando isto não for possível, em instituições conveniadas. Desta forma, a DCNF não privilegia o SUS e todos os seus ambientes de serviços para a prática de formação do fisioterapeuta, e acaba por induzir a utilização de clínicas-escola padronizadas, controladas, fora do contexto de saúde da população para a aprendizagem de práticas de saúde.

2.2.4 A necessidade de mudanças no ensino da saúde

Os debates sobre a necessidade de mudanças na formação em saúde vêm se configurando há décadas. Neste percurso, uma sequência de eventos condicionantes mobilizou a comunidade acadêmica na busca por importantes transformações no contexto da educação superior em saúde (Vogt, 2006). Tais como:

- Constituição Brasileira de 1988: em seu artigo 205, onde afirma que a educação visa o pleno desenvolvimento da pessoa e, no artigo 206, inciso III, que o ensino deve ter por princípio o pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas.

- A LDB/96: por promover movimentos de mudança em diferentes níveis da educação brasileira.

- As DCN: pelo impacto causado no ensino superior, em especial no ensino da saúde.

Estes instrumentos legais representaram um começo indutor de mudanças na formação em saúde, pois fizeram repensar a educação superior e a necessidade de rompimento com os modelos tradicionais de ensino e de atenção à saúde, preconizados até então nas instituições formadoras.

O modelo de ensino tradicional apresenta um processo de ensino que consiste na preparação, associação, generalização e aplicação de conteúdos previamente estabelecidos. O professor assume o papel central do processo de aprendizagem por possuir o domínio do conhecimento, e deve então transmiti-lo por meio de exposição verbal aos alunos que deverão recebê-los e fazer as assimilações dos conteúdos. Estes por sua vez, são acumulados e dissociados das experiências dos alunos e das realidades sociais (Vogt, 2006).

Freire (2008) define esta relação de doação do saber pelo educador e recepção/armazenamento de conhecimento pelo educando de educação bancária. Trata-se de narrativas de uma realidade estática, sem que seja levado em consideração a experiência e o conhecimento progresso do educando. Limitam-se apenas em depositar, transferir, transmitir valores e conhecimentos sem criatividade e sem que ocorra transformação do saber.

Na educação bancária não existe experiência feita, mas sim experiência narrada. O ensino é antidialógico e, por isso, não comunicativo. O educando não desenvolve uma consciência crítica e reflexiva, características do sujeito que tem papel ativo e indagador sobre a realidade mutável (Freire, 2008; Mitre et al, 2008).

Portanto, este paradigma de ensino tradicional centrado na figura do professor e na transmissão de conteúdos fragmentados, valorizando a dicotomia do processo saúde-doença, assim como a rigidez dos currículos cada vez mais especializados e tecnocentros, sem interação entre as disciplinas e que não possibilitam a vivência das demandas do sistema de saúde pelos estudantes, onde teoria e prática não constituem um mesmo processo de aprendizagem e o estudante parte ativa do mesmo, tem se mostrado extremamente ultrapassado e ineficiente (Mitre et al, 2008).

Para formar um profissional que atue sobre a lógica da humanização e integralidade do cuidado, como orientam as Diretrizes Curriculares, é preciso que um novo modelo

de formação e, até mesmo um novo modelo pedagógico, seja introduzido sobre esta mesma lógica (Pontes, Rego, & Silva, 2006).

Perim et al (2009) ressaltam a grande influência que as IES exercem na organização dos serviços de saúde, uma vez que as IES são responsáveis pela formação dos recursos humanos que irão atuar nestes serviços. Portanto, a formação em saúde deve, além de atender às questões educacionais, responder também aos problemas e necessidades de saúde da população uma vez que estas questões estão intrinsecamente ligadas aos seus atores profissionais e usuários.

As Diretrizes Curriculares, na tentativa de romper com o modelo tradicional hegemônico de ensino, apontam para a integração de conteúdos e para a utilização de metodologias ativas de ensino que levem o estudante a aprender a aprender, e que possibilite a integração entre ensino-serviço-comunidade, na tentativa de aproximação com a realidade social (Vogt, 2006).

As metodologias ativas de ensino têm a característica de permitir que docente e discente tornem-se, ambos, sujeitos do processo de aprendizagem. A participação ativa do educando no processo de construção do conhecimento através da problematização do conteúdo que deve advir de situações reais, tornam o aprendizado mais interativo e significativo para o estudante (Freire, 2008). O ensino deve levar em consideração o conhecimento prévio dos alunos além de provocar desafios, através de questões problematizadoras, que estimulem o questionamento dos significados e sentidos dos conteúdos (Pontes et al, 2006).

O uso de metodologias ativas é considerado particularmente apropriado ao ensino na saúde por tratar de questões individuais e coletivas da saúde do ser humano e suas relações, considerando o processo saúde-doença através da construção do conhecimento pela resolução de situações-problema. Preconiza-se que a seleção de conteúdos deve ser baseada em situações de contextos reais, possivelmente vivenciados pelo estudante e que, por representarem significados relevantes poderão instigá-los à busca por respostas. O educador, por sua vez, assume o papel de mediador deste processo de construção, indicando caminhos que facilitem a aprendizagem por meio da problematização (Somera, Junior, & Rondina, 2010).

A problematização pode ser entendida como estratégia de ensino-aprendizagem, que possibilita ao discente exercer análises críticas sobre a realidade problema através do direcionamento para o desenvolvimento da capacidade de construir ativamente sua aprendizagem de forma reflexiva, articulando seus conhecimentos prévios com o estímulo proporcionado pelos problemas selecionados para o estudo (Gomes et al, 2009).

Os cenários do SUS deveriam ser considerados e utilizados pelas IES como ambientes privilegiados das práticas e para o desenvolvimento das metodologias ativas, uma vez que possibilitam a vivência de situações complexas em contextos reais que exigirão do estudante uma visão ampliada e problematizadora das situações de saúde para sua resolução.

No entanto, para superar o modelo tradicional de ensino é preciso mudar a forma como se dá a construção do conhecimento. Para tanto, a re-significação da ação educativa suscita mais do que apenas mudanças curriculares pontuais como a incorporação de disciplinas, o uso de novos materiais didáticos, e a incorporação de novas técnicas pedagógicas. É preciso aliar o conhecimento técnico ao fazer pedagógico (Vogt, 2006).

O docente em saúde, na maioria das vezes, não foi preparado para ensinar e em decorrência disso, sua experiência deriva de seu conhecimento prático do campo em que atua. Portanto, não basta inserir o aluno em um novo ambiente de práticas ou submetê-lo a uma nova abordagem metodológica esperando que essa razão baste para que ele modifique sua postura, sem que outras modificações sejam feitas antes. As instituições de ensino, os docentes da saúde, os profissionais e gestores dos serviços de saúde também precisam estar inseridos neste contexto de mudança de paradigma em busca da transformação do ensino na saúde.

Nesse sentido, face ao exposto serão descritos no próximo capítulo os objetivos, geral e específicos, desse estudo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a percepção de elementos da integralidade em saúde nos Projetos Pedagógicos do Curso de fisioterapia, no discurso dos estudantes de graduação em fisioterapia, e de fisioterapeutas que atuam em serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), relativos à prática profissional e organização dos serviços, sobre o ensino na fisioterapia, e as relações intersubjetivas no processo de trabalho da fisioterapia.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar nos Projetos Políticos-Pedagógicos dos cursos de Fisioterapia pontos que fortaleçam a consolidação da integralidade.
- Descrever a distribuição dos postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas inseridos na rede pública de saúde.
- Identificar qual a percepção do formando do curso de fisioterapia sobre integralidade da assistência.
- Identificar se a formação do profissional fisioterapeuta contribuiu para sua atuação na Atenção Básica à Saúde de forma integral.

4. MÉTODO

4.1 Pressupostos metodológicos

Nos últimos anos, com o desenvolvimento da pesquisa qualitativa e quantitativa nas ciências humanas e sociais, tem ocorrido uma expansão da pesquisa de métodos mistos como tendência crescente para a abordagem de problemas complexos, como os da área da saúde, por exemplo (Creswell, 2007; Driessnack, Sousa & Mendes, 2007).

Caracterizado pelo emprego de estratégias de investigação qualitativa e quantitativa em um mesmo desenho de pesquisa, os métodos mistos envolvem coletas de dados simultânea ou sequencial, para melhor entender os problemas de pesquisa. Como exemplo, Creswell (2007) cita a possibilidade de um estudo começar com um grande levantamento para generalizar os resultados para uma população (quantitativo) e depois, em uma segunda fase, concentra-se em entrevistas qualitativas abertas para aprofundar o assunto.

Considerando que este estudo visa o entendimento do contexto histórico e cultural da formação do fisioterapeuta e suas implicações para a atuação dos mesmos no SUS, optou-se por realizar uma pesquisa de métodos mistos, por entender que este tipo de procedimento é o que melhor se enquadra para a compreensão das questões levantadas.

Este estudo possui um caráter exploratório, pois visa proporcionar uma maior familiaridade com o problema de estudo, através da utilização de métodos bastante variados a fim de definir melhor o problema antes que se possa desenvolver uma abordagem (Vieira, 2002). É também descritivo no sentido de fornecer informações detalhadas capazes de descrever e interpretar realidades sem nela interferir para modificá-la. (Deslauriers & Kerisit, 2008).

Busca-se, pois, investigar a percepção de elementos da integralidade em saúde no discurso dos estudantes de graduação em fisioterapia, e de fisioterapeutas que atuam em serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), relativos à prática profissional e organização dos serviços, sobre o ensino na fisioterapia, e as relações intersubjetivas no processo de trabalho da fisioterapia.

4.2 Procedimentos de coleta de dados

Os cenários deste estudo são as Instituições de Ensino Superior (IES) e as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal (DF). A escolha da base territorial deste estudo ocorreu por uma questão de conveniência geográfica à realização da pesquisa e pela necessidade de verificar a realidade da formação dos profissionais fisioterapeutas para o serviço público de saúde nesta localidade.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas sendo que a primeira apresenta uma abordagem quantitativa e as demais qualitativa. Na primeira etapa foi realizado levantamento no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), restrito ao DF, com o objetivo de identificar a distribuição e ocupação de postos de trabalho por fisioterapeutas na rede pública de saúde.

A segunda etapa consistiu na análise de conteúdo dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) dos cursos de fisioterapia das IES selecionadas, para entender como o princípio da integralidade se expressa nos PPC's. Por questões éticas, as IES não serão identificadas.

Na terceira etapa foram realizados três Grupos Focais com trinta e dois estudantes dos cursos de fisioterapia das IES selecionadas, que visou compreender qual a percepção dos estudantes acerca do princípio da integralidade em sua formação, na prática profissional do fisioterapeuta e o papel desenvolvido por este no SUS.

Na quarta e última etapa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com fisioterapeutas atuantes na ABS do DF, para apreender quais as suas perspectivas e opiniões sobre a formação profissional do fisioterapeuta para o SUS, em especial para o atendimento integral, e qual o papel assumido pelo fisioterapeuta na atenção básica.

4.2.1 Levantamento de dados no CNES

Com o objetivo de identificar a distribuição dos fisioterapeutas e a ocupação dos postos de trabalho por eles na rede pública de saúde do DF, foi realizado um levantamento por meio do banco de dados do CNES.

O CNES é uma “ferramenta de informação” da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), vinculado ao DATASUS, que visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) (CNES, 2013).

Vale considerar que o CNES fornece uma idéia aproximada da realidade dos estabelecimentos de saúde, pois a alimentação de seu banco de dados depende das secretarias de saúde, o que nem sempre é feito de forma precisa e atualizada.

O período estabelecido para este levantamento compreendeu maio/2013.

As variáveis utilizadas para busca dos dados foram: a) o tipo de estabelecimento de saúde (hospitalar, ambulatorial, centro de saúde, gerência); b) o tipo de prestador de serviços de saúde (público, privado, filantrópico), c) e o vínculo com instituições de ensino e pesquisa.

Para a análise dos dados utilizou-se a distribuição de frequência absoluta e relativa.

4.2.2 Critérios de seleção das IES

Os cursos participantes foram selecionados de acordo com a avaliação obtida pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) até janeiro/2012.

O INEP é um órgão do MEC responsável pela supervisão de cursos e Instituições de Ensino Superior, e tem como objetivo principal a garantia da qualidade de ensino nestas instituições e cursos. Sua avaliação é baseada na análise das condições de ensino relativas ao projeto pedagógico, ao corpo docente, às instalações físicas, e ao resultado do desempenho dos alunos no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) (Brasil, 2011).

Portanto, os critérios de inclusão estabelecidos para os cursos de fisioterapia foram: ter o reconhecimento pelo INEP/MEC; possuir o curso de fisioterapia; e ter obtido nota igual ou maior que 3 em uma escala de 0 a 5 no Conceito de Curso (CC) em sua última avaliação pelo INEP. O CC é o resultado da avaliação dos cursos de graduação e contempla três dimensões: 1) Organização didático-pedagógica, 2) Corpo docente, corpo discente e corpo técnico-administrativo; 3) Instalações físicas (Brasil, 2011).

De acordo com os critérios avaliativos utilizados pelo INEP, ao curso que obtiver nota no Conceito de Curso maior ou igual a três pode ser considerado de acordo com as orientações das DCNF. Este critério consta da Dimensão 1 - Organização didático-pedagógica, do instrumento de avaliação para renovação de reconhecimento de cursos, e é caracterizado como requisito legal e regulatório do Ministério da Educação, sendo de atendimento obrigatório pelas IES (Brasil, 2011).

Foram excluídas deste estudo as instituições que obtiverem avaliação insatisfatória pelo INEP, ou seja, nota igual ou menor que 2, numa escala de 0 a 5, e que não se enquadraram nos demais critérios de inclusão descritos acima.

Dos oito cursos de fisioterapia do Distrito Federal (um público e sete privados), cinco contemplaram os critérios de inclusão e foram convidados a participar deste estudo. Após apresentação da proposta de pesquisa, explicitada pessoalmente pela pesquisadora, aos coordenadores dos cinco cursos de fisioterapia e, posteriormente, aos respectivos diretores de graduação, três aceitaram participar. Posteriormente, os coordenadores e diretores foram solicitados a assinar o Termo de Concordância para participação na pesquisa (Anexo B).

Os cursos de fisioterapia participaram do estudo como fontes fornecedoras de informações documentais. Os documentos determinados para análise foram os PPC's dos Cursos de Graduação em Fisioterapia.

4.2.3 Análise dos PPC's

A escolha dos PPC's dos cursos de fisioterapia como documentos para análise, partiu da premissa que se a formulação e propostas de ensino contidas nestes documentos estão em consonância com as DCNF e com as Diretrizes do SUS, no que tange às ações de integralidade do cuidado, o processo formativo das mesmas deve oferecer aos estudantes habilidades e competências para atuar de forma integral, em todos os níveis de assistência, enfatizando a formação de generalistas para atuação no SUS.

Desta forma, a fim de elucidar tais questionamentos optou-se pela análise documental como estratégia complementar aos outros métodos, uma vez que os documentos representam uma versão específica de realidades construídas para objetivos específicos e, portanto, devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação (Flick, 2009, cap.19).

A análise documental pode ser definida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior a sua consulta e referência” (Bardin, 2009).

Portanto, através da análise documental é possível transformar um documento, de forma conveniente, a fim de que a informação contida no mesmo possa ser acessada mais facilmente, em toda sua magnitude, porém de forma condensada.

Após a seleção da amostra de documentos, que neste caso foram os PPC's, procedeu-se a análise de conteúdos por este ser considerado um procedimento clássico para análise de material textual (Flick, 2009). A análise de conteúdos visa, a partir de um conjunto de procedimentos sistemáticos, efetuar deduções lógicas e justificadas referentes ao conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo (Bardin, 2009).

A sistematização da análise de conteúdo constitui-se geralmente de três grandes etapas: 1) a pré análise; 2) a exploração do material; 3) e o tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2009).

Na pré análise, é feita a organização do material, desde sua seleção à leitura flutuante (exaustiva). A fase de exploração do material, ou fase de análise propriamente dita, é a etapa onde os dados são submetidos à codificação a partir das unidades de registro. Por fim, na última etapa é feita a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenciações, com posterior reagrupamento de acordo com as características em comum (Caregnato & Mutti, 2006).

Nesta etapa, as categorias de análise pré-estabelecidas para os PPC's foram as seguintes:

- Integração entre teoria e prática
- Ações de interdisciplinaridade na formação

- Perfil do egresso para formação generalista
- Integração entre ações preventivas e assistenciais
- Formação para o Sistema Único de Saúde

4.2.4 Realização dos Grupos Focais

A técnica de grupos focais em abordagens qualitativas tem sido utilizada e reconhecida internacionalmente, inclusive para a revisão do processo ensino-aprendizagem, dentre suas várias possibilidades de aplicações (Iervolino & Pelicione, 2001).

Caracterizado pelo uso explícito da interação do grupo para a produção de dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação verificada em grupo, os grupos focais são aplicados como um método em si mesmo ou em combinação com outros métodos, como é o caso deste estudo (Flick, 2009, cap.15).

Morgan, conforme citado por Flick (2009) descreve algumas das várias possibilidades de aplicação dos grupos focais, como:

- a orientação do indivíduo em um novo campo;
- a geração de hipóteses, com base nos *insights* dos informantes;
- a avaliação de diversos locais de pesquisa ou de populações de estudo;
- o desenvolvimento de programas de entrevistas e de questionários;
- a obtenção de interpretações por parte dos participantes sobre resultados obtidos em estudos anteriores.

A obtenção de dados no grupo focal ocorre a partir de reuniões em grupos pequenos (seis a 15 pessoas) e homogêneos que representem a população objeto de estudo, visando à compreensão das experiências do grupo partindo do seu próprio ponto de vista (Iervolino & Pelicione, 2001).

A população desta etapa do estudo foi convidada a participar do grupo focal espontaneamente. Objetivou-se entender as percepções dos estudantes dos cursos de fisioterapia a cerca do princípio da integralidade em sua formação, na prática profissional do fisioterapeuta, e o papel que este desenvolve no SUS.

Composição dos grupos

Foi realizado um grupo focal em cada uma das três IES selecionadas, com estudantes do último ano do curso de fisioterapia. Após autorização para realização da pesquisa pela IES, novo contato foi feito com os coordenadores dos cursos de fisioterapia para agendamento de visita e convite aos estudantes para participação no estudo. Os coordenadores sugeriram turmas que tivessem o maior número de estudantes e que estivessem no último ano. O convite e realização dos grupos focais ocorreram no mesmo dia, sendo que um convite prévio já havia sido feito pelos

respectivos coordenadores dos cursos. Os grupos focais ocorreram em salas de aula das IES no período de outubro a dezembro de 2012, tiveram em média 10 participantes cada e duração média de 51 minutos.

Os critérios de inclusão para a participação nos grupos focais foram: 1) estar regularmente matriculado no curso de fisioterapia; 2) estar cursando o último ano; 3) ter concordado em participar do estudo, após conhecimento do mesmo, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C).

A dinâmica dos grupos focais iniciou com a apresentação do moderador, que foi a pesquisadora do estudo, seguida de um observador. Os objetivos do estudo e a maneira com a qual seria realizado o grupo focal foi explicitado aos estudantes, além de informações sobre as regras de funcionamento do mesmo e solicitação de consentimento do grupo para gravação de áudio. Uma rodada de apresentações dos participantes foi realizada para adaptação e integração do grupo ao assunto a ser discutido, e posteriormente, início das discussões de acordo com o roteiro de tópicos previamente estabelecido (Anexo D).

As gravações dos grupos focais foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e posteriormente submetidas à análise de conteúdo.

Conforme descrito no tópico anterior, a análise de conteúdo desta etapa seguiu às sistematizações de pré análise, exploração do material, e tratamento e interpretação dos resultados. Desta forma, inicialmente foi realizada leitura flutuante de cada uma das transcrições de cada grupo focal e depois seleção de fragmentos de interesse de acordo com as categorias previamente estabelecida, descritas a seguir:

- A integralidade como atributo da prática do fisioterapeuta;
- A integralidade na formação do fisioterapeuta, sob a perspectiva dos estudantes;
- A Atenção Básica como ambiente de práticas do fisioterapeuta.

Após esta etapa, prosseguiu-se para a ordenação e separação dos dados em categorias, utilizando-se salientadores coloridos, sendo que cada categoria esteve caracterizada por uma cor. Ao final, os elementos destacados nas transcrições foram separados por sua respectiva categoria e submetidos à leitura interpretativa. (Minayo, 2004)

4.2.5 Realização das entrevistas

A entrevista é considerada uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Trata-se de uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido aos valores que os cercam. Possibilita a relação intersubjetiva entre entrevistador e entrevistado, permitindo uma melhor compreensão dos

significados e das opiniões dos sujeitos a respeito de situações e vivências pessoais (Fraser & Gondim, 2004).

Dessa forma, foi realizada entrevista semi-estruturada com fisioterapeutas atuantes na Atenção Básica de Saúde do DF, individualmente, de acordo com o roteiro previamente estabelecido (Anexo E).

Para que estes profissionais fossem convidados e posteriormente participassem deste estudo, foi solicitado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), subsecretaria da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF, autorização para realização de parte dessa pesquisa em suas regionais de saúde. Para tanto, foi necessário a identificação das Regionais que possuíssem fisioterapeutas que atuassem na ABS. Neste caso, que atuassem nas regionais cobertas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Estas informações foram informalmente prestadas por telefone, pela coordenação do NASF. Nestas informações constava que apesar de o DF possuir 30 Regionais Administrativas, em agosto/2012 apenas 10 fisioterapeutas servidores da SES/ DF atuavam em equipes NASF, que por sua vez, estavam distribuídas em sete regionais administrativas, sendo que uma regional possuía quatro equipes NASF.

Seguindo o trâmite de autorização para realização da pesquisa, foram solicitadas autorizações individuais para cada Regional de Saúde e Unidades de Saúde responsáveis pela lotação dos respectivos fisioterapeutas. Os pedidos de autorização ocorreram pessoalmente, mediante agendamento prévio de visita, onde foram explicitados os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta. Após parecer favorável, os diretores de Saúde de cada Regional e o gerente de cada Unidade de Saúde assinaram o Termo de Concordância para participação dos fisioterapeutas neste estudo (Anexo F).

Após assinatura dos Termos de Concordância, estes foram encaminhados à SAPS para apreciação e posteriormente parecer favorável. Após este processo de autorização, foi feito contato por telefone com os fisioterapeutas, um por vez, sendo que um novo contato só foi realizado após a conclusão da participação na entrevista do indivíduo anterior.

Os critérios de inclusão para participar das entrevistas foram: 1) ser fisioterapeuta da atenção básica dos serviços de saúde pública do DF; 2) ter o mínimo de seis meses de atuação profissional neste nível de assistência; 3) aceitar participar do estudo, após conhecimento do mesmo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo G).

O local para realização das entrevistas foi determinado de acordo com a preferência e disponibilidade dos profissionais, sendo que das sete entrevistas realizadas, cinco aconteceram nas próprias unidades básicas de lotação dos fisioterapeutas, em salas disponibilizadas e a portas fechadas, e duas no local de trabalho da pesquisadora, em sala de portas fechadas. Dos 10 fisioterapeutas identificados, sete foram convidados e conseqüentemente entrevistados por adotar-

se o critério de saturação de assunto, ou seja, quando as informações passaram a se tornar repetitivas.

As entrevistas foram gravadas, mediante autorização do entrevistado, e a duração média foi de 60 minutos. A dinâmica das entrevistas deu-se por uma apresentação inicial da pesquisadora e dos objetivos da entrevista, assinatura do TCLE, esclarecimentos a respeito da condução da técnica, e introdução do assunto a partir de um roteiro de tópicos, previamente construído para este fim (Anexo E).

Em um segundo momento, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e submetidas à análise de conteúdo.

De forma análoga às descrições anteriores, sobre a técnica de análise de conteúdo, as transcrições de cada uma das sete entrevistas foram submetidas à leitura flutuante para impregnação do assunto. A partir de então, trechos considerados pertinentes foram selecionados e agrupados de acordo com as categorias previamente estabelecidas, descritas a seguir:

- O processo de formação acadêmica em fisioterapia;
- A Atenção Básica como ambiente de práticas;
- Concepções acerca da integralidade.

Deste momento em diante, procedeu-se à categorização do material com a utilização de cores por categoria, a fim de facilitar posteriormente os recortes textuais e seu reagrupamento na respectiva categoria. Ao final, os resultados obtidos através das etapas anteriores foram submetidos à leitura interpretativa. (Minayo, 2004)

4.3 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal (DF), via Plataforma Brasil, sob registro CAAE nº 06088612.6.0000.5553, parecer nº 251.187, em 22/04/2013 (Anexo H).

Após aprovação, procedeu-se à coleta de dados que obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, que rege toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos (Brasil, 1996).

A participação dos sujeitos e instituições nesta pesquisa deu-se após conhecimento da proposta de estudo e da concordância em participar, após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termos de Concordância, respectivamente.

Buscou-se seguir atentamente às determinações da Resolução, que chamam atenção para o compromisso ético do pesquisador com os participantes envolvidos na pesquisa, dentre elas: explicar claramente como serão colhidos os dados; garantir a privacidade da imagem e

registro dos pesquisados; assegurar a responsabilidade sobre a confidencialidade das informações obtidas; retornar os resultados obtidos a todos os envolvidos, com o propósito de oportunizar-lhes a reflexão e a possível mudança do atual contexto de ensino.

Com relação à destinação do material proveniente da coleta de dados, resguardou-se o anonimato dos sujeitos e das instituições envolvidas a fim de que não seja possível sua identificação. Os registros gravados das falas realizadas nas entrevistas e nos grupos focais, foram “deletados” imediatamente após serem transcritos e analisados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira etapa: levantamento de dados realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

5.1.2 Resultados encontrados a partir do levantamento realizado

No Distrito Federal, em maio/2013, havia 436 fisioterapeutas atuando na rede SUS. Esse quantitativo corresponde a uma aproximação da realidade, pois a atualização dos bancos de dados do CNES é realizada pelas secretarias de saúde, e estas se submetem a este processo, normalmente, para habilitar seus municípios a uma condição de gestão do SUS que posteriormente determinará o repasse de recursos financeiros e modo operacional o qual o município estará sujeito, além da falta de regularidade sistemática no monitoramento dos dados. A Tabela 1 apresenta a distribuição de fisioterapeutas por prestador no DF.

Tabela 1

Distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS por tipo de prestador no DF

Tipo de Prestador	MAI/2013	%
Público	320	73,39%
Filantrópico	62	14,22%
Privado	62	14,22%
Total	436	100%

Nota. Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Na tabela 1 é possível observar que os estabelecimentos públicos compreendiam o maior número de fisioterapeutas (73,39%), seguido dos estabelecimentos filantrópicos (14,22%) e privados (14,22%). E, nesse período houve incorporação de fisioterapeutas na rede pública de saúde, ao contrário do que aconteceu com os estabelecimentos filantrópicos e privados. Na Tabela 2, nos estabelecimentos de saúde, é possível observar que dos 436 fisioterapeutas da rede, 287 atuam em Hospital Geral, o que corresponde a 65,82% do total de profissionais e, que o segundo tipo de estabelecimento com o maior número de fisioterapeutas é o Hospital Especializado, com 109 profissionais, 25% do total. Estes dois estabelecimentos juntos correspondem a 90,82% das lotações dos fisioterapeutas da rede SUS do DF, ou seja, mais de 90% dos profissionais atuando em estabelecimentos de alta complexidade.

Em contrapartida, a modalidade que apresenta o menor número de profissionais é o Hospital Dia, representando apenas 0,22%. O estabelecimento que representa a atenção básica, ou seja, o Centro de Saúde possui 10 fisioterapeutas cadastrados correspondendo a apenas 2,29% do total de profissionais da rede pública de saúde do DF (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS por estabelecimento de saúde no DF.

Tipo de Estabelecimento	MAI/2013	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	10	2,29%
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	6	1,37%
Consultório Isolado¹	9	2,06%
Hospital Dia	1	0,22%
Hospital Especializado	109	25%
Hospital Geral	287	65,82%
Policlínica	13	2,98%
Total	436	100%

Nota: Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

A Tabela 3 apresenta a distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS através de estabelecimentos de ensino/pesquisa. Dos 436 fisioterapeutas inseridos na rede SUS em maio/2013, 283 estão relacionados de alguma forma com ensino e pesquisa, enquanto 153 não têm qualquer relação com a área. No entanto, não é possível afirmar qual o tipo de envolvimento destes profissionais com o ensino e a pesquisa, uma vez que o sistema de informação do CNES não discrimina tais atribuições. (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição de fisioterapeutas que atuam no SUS através de Estabelecimentos de Ensino/Pesquisa.

Ensino/Pesquisa	MAI/2013	%
Universitária	11	2,52%
Auxiliar de Ensino	190	43,57%
Sem atividade de Ensino	153	35,09%
Hospital de Ensino	82	18,80%
Total	436	100%

Nota. Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNE

¹ Consultório Isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

Quanto a distribuição dos fisioterapeutas por nível de assistência observa-se que a maior concentração de fisioterapeutas está presente nos serviços de alta complexidade do sistema de saúde (91,04%), seguida da assistência de média complexidade (6,41%) e com mínima representatividade em serviços de atenção básica (2,29%).

5.1.3 Discussão acerca dos resultados encontrados no levantamento

O que se pode ver com os resultados deste estudo é que, dentre os níveis de atenção à saúde, a atenção básica é o nível que apresenta a menor ocupação de postos de trabalho por fisioterapeutas inseridos na rede SUS no DF.

Cabe ressaltar que esta não é uma realidade exclusiva do DF. Em um estudo realizado com municípios que compõem uma Regional de Saúde no Rio Grande do Sul, verificou-se que não havia nenhum fisioterapeuta atuando no Programa de Saúde da Família (PSF) na ESF destes municípios, e que havia municípios que não dispunham de qualquer tipo de serviço de fisioterapia. Os autores identificaram também o completo desconhecimento do papel do fisioterapeuta pelos gestores, responsáveis pela contratação dos profissionais, na prevenção (Delai & Wisniewski, 2011).

O processo de profissionalização do fisioterapeuta e o desenvolvimento de sua identidade profissional são fundamentais para o entendimento e clareza do seu papel como profissional de saúde e para alcançar a socialização necessária para reconhecimento público (usuários, equipe de saúde, outros profissionais de saúde, governo, etc.) e consequente valorização da profissão (Nascimento et al, 2006).

Este reconhecimento é essencial para maior participação do fisioterapeuta na atenção básica. Em um estudo realizado em Sobral/CE, identificou-se que com um número reduzido de profissionais atuando no PSF, tanto a população, quanto outros profissionais da saúde e gestores desconheciam as possibilidades de atuação do fisioterapeuta no PSF, uma vez que este profissional encontra-se fortemente relacionado com o enfoque reabilitador (Brasil, Brandão, Silva, & Gondim Filho, 2005).

Portanto, não basta incluir o fisioterapeuta na estratégia saúde da família (ESF) é necessária também a definição do seu papel como membro da equipe. Não só a população deve ter conhecimento a respeito da atuação do Fisioterapeuta na ESF, mas os profissionais que compõem a equipe e os gestores dos programas também (Silva & Da Ros, 2007; Neves & Aciole, 2011).

O predomínio de fisioterapeutas na assistência de alta complexidade na rede SUS do DF pode ser associado tanto à conformação peculiar da rede de saúde da região, que guarda ainda uma característica assistencialista e fortemente centrada em grandes hospitais, como também resultado do modelo de formação acadêmica deste profissional.

Em geral, a formação do fisioterapeuta tem sido direcionada à atuação no controle de danos, restringindo a prática a apenas um nível de atenção à saúde, focada em hospitais e clínicas de reabilitação. Bispo Jr. (2010) defende a necessidade de redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia e a modificação da abordagem de intervenção de controle de danos, para a abordagem de controle de riscos. Sair da reabilitação para a prevenção.

Perim et al (2009) ressaltam a grande influência que as Instituições de Ensino Superior (IES) exercem na organização dos serviços de saúde, uma vez que estas são responsáveis pela formação de recursos humanos que irão atuar nestes serviços. Nesse sentido, a formação em saúde deve, além de atender às questões educacionais, responder também aos problemas e necessidades de saúde da população, uma vez que estas questões estão intrinsecamente ligadas aos seus atores profissionais e usuários.

Para tanto, é fundamental que as IES utilizem o SUS em toda a sua estrutura como ambiente das práticas, uma vez que esta associação ensino-serviço possibilita uma maior aproximação entre profissional-usuário, recomendado pelas DCNF.

Apesar de não discriminar as atribuições exercidas pelos profissionais cadastrados (o CNES só informa a distribuição de ocupação de postos de trabalho), o resultado obtido a respeito da quantidade de profissionais envolvidos com ensino e pesquisa na rede faz pensar que a formação prática dos estudantes de fisioterapia nestes serviços, que são na maior parte hospitais gerais, restringe-se aos níveis de assistência de alta e média complexidade.

Partindo do pressuposto que as DCNF orientam para a utilização dos serviços do SUS como ambiente privilegiado de ensino-aprendizagem, e que de acordo com os resultados obtidos mais de 90% dos profissionais inseridos na Rede atuam na assistência de média e alta complexidade.

A conformação da rede de saúde com predomínio da atenção hospitalar no modelo assistencial do DF não favorece esta implementação e diversidade de práticas ao estudante de fisioterapia. A presença de políticas descontínuas para o fortalecimento da atenção básica somada à ausência da organização das redes de cuidado, têm tornado o sistema de saúde da região ineficiente e altamente fragilizado (Pires, Gottens, Martins, Guilhem, & Alves, 2007).

Apesar de o DF ter uma oferta suficiente de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em termos de cobertura populacional (Pires et al, 2007), o funcionamento destes serviços é em sua maioria precário, o que não tem permitido uma melhor organização dos fluxos de atendimento da atenção básica para os serviços de média e alta complexidade.

Esta insuficiência da atenção básica na resolução dos problemas de saúde da população leva a uma procura indiscriminada dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, sobrecarregando-os, e diminuindo o acesso equitativo da população aos serviços necessários.

A baixa utilização da atenção básica pela população, decorrente da má gestão em articular os serviços de saúde, causa a impressão que os estabelecimentos de saúde de maior impacto no cuidado à saúde e de maior procura pelos usuários são os hospitais e as clínicas especializadas (Pires et al, 2007). Em consequência, as maiores contratações do sistema de saúde como mostram os resultados deste estudo, são os estabelecimentos de média e alta complexidade de assistência.

Dessa forma, parece clara a necessidade de pensar um planejamento da assistência e da organização dos serviços de saúde para a população levando-se em conta a ampliação da atenção básica, como ordenadora do cuidado. A discrepância na distribuição de fisioterapeutas entre os serviços de saúde de diferentes níveis de assistência demonstra que este profissional assume no SUS do DF um perfil ainda somente reabilitador e especializado, que o engessa nos níveis secundários e terciários de assistência limitando suas possibilidades de atuação e sua inserção em programas de Atenção Básica. Mostram-se necessárias estratégias que possibilitem a redistribuição de vagas e oferta de emprego para fisioterapeutas, com enfoque na atenção básica.

5.2 Segunda etapa: análise dos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) dos cursos de fisioterapia

Esta etapa da pesquisa objetivou identificar nos PPC dos cursos de fisioterapia ações capazes de promover o fortalecimento da integralidade através do ensino da fisioterapia.

O PPC constitui o elemento balizador das práticas pedagógicas e deve estar estruturado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais, pois é ele que direciona as estratégias e metodologias a serem adotadas por educadores na condução do processo formativo profissional (Teixeira, 2010).

Por tratar-se de um documento atual das instituições de ensino, responsável pela orientação do processo educativo, optou-se por sua análise por acreditar ser este o documento mais indicado para identificar se o planejamento educacional proposto pela instituição de ensino concretiza o preconizado pelas DCNF no que concerne ao princípio da integralidade, ou seja, se os PPC dos cursos de fisioterapia orientam para a formação de um profissional com perfil generalista e humanista, com habilidades e competências para atuar de forma integral em todos os níveis de atenção à saúde, capaz de integrar e atuar em equipe interdisciplinar, no sistema de saúde vigente (neste caso, o SUS).

A partir das orientações das DCNF que mais se espelham no princípio da integralidade da assistência, foram traçadas categorias de análise que, julgadas pertinentes para análise dos documentos selecionados permitiram uma adequada exploração do material disponível.

A fim de garantir o anonimato das IES participantes, optou-se por identificar os PPC aleatoriamente apenas com a numeração 1,2 e 3, devido à limitação do estudo ao DF, uma vez que a descrição da natureza administrativa das instituições (Universidade, Faculdade, Centro Universitário, etc.) associada ao Conceito de Curso das mesmas poderiam facilmente identificá-las. Portanto, os PPC foram identificados por: PPC1, PPC2, PPC3.

A fim de complementar as informações colhidas nos PPC, foi realizada uma breve caracterização dos cursos de fisioterapia correspondente ao respectivo PPC no que diz respeito a carga horária, tipo e turno de oferta, concepção do curso, entre outros descritos no quadro a seguir:

Quadro 1

Caracterização dos cursos de fisioterapia de acordo com os PPCs

	Curso PPC-1	Curso PPC-2	Curso PPC-3
Oferta	Presencial	Presencial	Presencial
Turno	Integral	Matutino	Integral
Regime	Seriado semestral	Seriado semestral	Seriado semestral
Duração	Mínimo 9 semestres	Mínimo 10 semestres	Mínimo 8 semestres
Carga horária	4.034hr	4.010hr	4.010hr
Instalações físicas	Laboratórios e parceria com instituições conveniadas	Laboratório interdisciplinar e clínica escola	Laboratórios, clínica escola, parceria com instituições conveniadas
Perfil do egresso	Generalista, humanista, crítica e reflexiva, atuar em todos níveis de atenção à saúde, visão biopsicossocial, considerando o sistema de saúde	Atuar de forma individual ou em grupo, com visão crítica, reflexiva, social e ética, em todas as áreas de atuação, e em equipe multiprofissional	Generalista, humanista, crítica e reflexiva, atuar em todos os níveis de atenção à saúde, visando atender o sistema de saúde vigente, à atenção integral e o trabalho em equipe

Após apresentação genérica dos cursos e suas principais características, serão descritas as categorias de análise e a respectiva análise interpretativa de acordo com os resultados encontrados na análise documental.

5.2.1 Integração entre teoria e prática

A proposta de integrar os conteúdos teóricos e práticos nas matrizes curriculares dos cursos da área da saúde vem da necessidade de romper com o modelo hegemônico de currículo tradicionalmente utilizado pelas mesmas.

Os currículos anteriores às DCNF eram caracterizados pela forte influência do modelo biomédico, de base Flexneriana, onde as disciplinas eram distribuídas como elementos estanques, que não interagem entre si, agrupadas em ciclos, teórico/básico e prático/profissionalizante, onde se preconiza (quase que imperativamente) que o conteúdo teórico deve ser visto antes da prática, a fim de que o estudante esteja preparado e com a bagagem de conhecimento adequada para sua experiência prática.

As mudanças propostas pelas DCNF rompem com a lógica do currículo mínimo, antes desejável à formação profissional, ao orientar pela substituição da ideia de disciplinas rígidas previamente estabelecidas, por conhecimentos necessários ou mais adequados a serem adquiridos pelos estudantes.

Esta mudança de paradigma flexneriano para o paradigma da integralidade, através da reestruturação curricular, rompe com o modelo hegemônico de ensino e conseqüentemente com o de cuidado em saúde, pois uma das funções das instituições de ensino é preparar os profissionais que irão atuar e provavelmente contribuir para a reorientação do sistema de saúde (Perim et al, 2009).

Em seu artigo 13, as DCNF estabelecem que:

A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

I – As atividades práticas específicas da fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas);

II – Estas atividades práticas, que antecedem o estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob responsabilidade de docente fisioterapeuta [...].

No entanto, a integração entre teoria e prática representa muito mais do que colocar em prática aquilo que foi ensinado. As práticas devem ser entendidas como experiências de troca, de construção de conhecimento, os estudantes e também os educadores devem compreendê-la como objeto de reflexão a partir do qual se constrói a teoria, do contrário ela se transforma no simples saber-fazer (Pontes et al, 2006).

A redação do referido Artigo 13 faz uma orientação genérica na introdução de atividades práticas precocemente, desde o início do curso, porém não especifica a necessidade de

integração entre teoria e prática. Esta orientação genérica se reproduz nos resultados encontrados nos PPC analisados, uma vez que apenas um faz menção de integrar a teoria com a prática de forma específica.

“...A metodologia usada no curso de Fisioterapia privilegia a integração teórico-prática, abrangendo um leque de conteúdos que sustentam o desenvolvimento de habilidades e atitudes para a realização de práticas articuladas ao ensino...” (PPC1)

“Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão.” (PPC1)

Aos demais, coube seguir a orientação de iniciar as práticas no início do curso, de forma gradativa, de acordo com a complexidade dos casos:

“A estrutura curricular do Curso assegura ao discente que as atividades práticas específicas da Fisioterapia sejam desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso, possuindo complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas).” (PPC2)

“...contato com a prática profissional, de maneira gradual, iniciando em disciplinas que possibilitam a prática observacional, até disciplinas que possibilitam a prática supervisionada e culminando com o estágio supervisionado, nos semestres mais avançados do curso.” (PPC3)

Nesse sentido, para que o estudante consiga aprender a aprender, é necessário mais do que apenas a introdução de práticas. A construção do conhecimento a partir da prática deve contar com o estudante como sujeito ativo do processo de ensino-aprendizagem, e através da reorientação do processo didático-pedagógico, da introdução de metodologias ativas de ensino, da utilização de ambientes com situações reais para realização das práticas, a problematização das mesmas pelo estudante se tornarão mais significativas favorecendo o aprendizado e a formação de profissionais críticos e reflexivos.

5.2.2 Ações de interdisciplinaridade na formação

O reconhecimento da complexidade humana e, assim, de suas necessidades de saúde, fez com que aos poucos o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na figura do médico como sujeito principal no processo de cura, fosse sendo questionado quanto à sua efetividade no tratamento do sofrimento humano.

A incapacidade de apenas uma profissão dar conta de todos os aspectos que rondam o processo saúde-doença suscitou a implantação de um modelo assistencial que pudesse acolher o indivíduo que procura o sistema de saúde em todas as suas necessidades, possibilitando o trabalho interdisciplinar e valorizando a equipe.

O modelo de assistência integral como princípio ordenador das práticas em saúde demanda entre outras coisas, a capacidade do profissional em trabalhar em equipe interdisciplinar a fim de suprir às necessidades de saúde dos cidadãos.

Pensando na integralidade como atitude desejável aos profissionais de saúde e, dessa forma na influência que as instituições de ensino têm na organização dos serviços por contribuir sobremaneira na formação dos profissionais de saúde que atuarão nele, as DCNF estabelecem que a atuação interdisciplinar deve fazer parte das competências e habilidades específicas do fisioterapeuta.

O PPC1 diz incentivar e acreditar na interdisciplinaridade como prática desejável à formação do fisioterapeuta, no entanto não explicita a proposição de ações de interdisciplinaridade, seja na integração com outras áreas de formação, ou mesmo nos estágios hospitalares.

“A IES instituiu a integração dos cursos de saúde, buscando a transdisciplinaridade e interdisciplinaridade, necessárias ao cumprimento da missão institucional bem como com inserção e aplicação das competências e habilidades necessárias à formação profissional.”

Já o PPC2 restringe a interdisciplinaridade do curso à possibilidade de cursar disciplinas comuns com outros cursos sem, no entanto descrever quais disciplinas seriam.

“Com o intuito de favorecer o ambiente universitário de diálogo e convívio entre várias carreiras, a IES estimula a oferta de disciplinas comuns a vários cursos, entendendo que este é um caminho importante para a sustentabilidade e também para uma formação interdisciplinar do egresso.”

No PPC3, a instituição assume ter repensado o projeto pedagógico a respeito da interdisciplinaridade no curso através da integração de disciplinas, estudos de caso e estágios supervisionados. Mais uma vez, as propostas de integração interdisciplinar não foram detalhadas.

“A Interdisciplinaridade foi repensada no curso, de forma que haja integração entre as diversas disciplinas, assim como através da implementação de grupos de estudo de caso clínico e nos estágios supervisionados.”

5.2.3 Perfil do egresso para formação generalista

A necessidade de transformação das práticas e serviços de saúde, em grande parte decorre da insatisfação da população com o tipo de assistência frequentemente ofertada pelos profissionais e serviços alicerçados pelo modelo biomédico de assistência, organizado pela lógica do cuidado individual, fragmentado, e do saber especializado.

Estas insatisfações com o perfil dos profissionais de saúde coadunam com o sentido da integralidade que representa os atributos desejáveis à boa prática dos profissionais de

saúde, ou seja, profissionais capazes de enxergar o indivíduo em toda a sua complexidade de contextos sociais, físicos, ambientais e econômicos, além de procurar atender às necessidades de saúde deste sujeito, através da capacidade de escuta, do trabalho em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, agregando conhecimento à mesma causa visando uma assistência integral e eficaz.

Considerando que o perfil do profissional é fortemente influenciado pela formação que ele recebe, e que num contexto de críticas ao sistema de ensino tradicional e às necessidades por mudanças no modelo educacional em saúde, as DCNF em sua formulação propõem como pressupostos norteadores para a formação do fisioterapeuta ênfase na capacitação para atuar em todos os níveis de atenção a saúde, rompendo com a tradição do atendimento individual, tão fortemente enraizado na profissão, e orientando para a perspectiva de uma formação generalista, onde o estudo de outras dimensões relacionadas à saúde passa a ser valorizado na formação.

Os resultados encontrados no PPC1 descrevem que o profissional formado será capaz de atuar em todas as áreas da fisioterapia através da experiência adquirida por meio de vivências em estágios supervisionados e cita o SUS como ambiente de práticas.

“A formação profissionalizante do ensino na prática clínica possibilita o trabalho adequado em todas as áreas da Fisioterapia, conseguida através de uma sequência de experiências de vivência em clínica-escola, clínicas, hospitais, laboratórios, unidades mistas de saúde e demais órgãos do Sistema Único de Saúde, onde será requerida a competência geral – o estágio supervisionado.”

No entanto, apesar de afirmar que a formação se dá em todas as áreas da fisioterapia, e que, portanto pretende-se formar um profissional de conhecimento generalista (não especializado), o PPC1 não descreve a presença de práticas, vivências ou estágios no campo da Atenção Básica. O conhecimento da área limita-se apenas à presença de duas disciplinas relacionadas com o tema Saúde Coletiva, voltando as experiências acadêmicas dos estudantes para a prática em serviços de média e alta complexidade privilegiando o aspecto reabilitador e curativo da fisioterapia, em detrimento da Atenção Básica como campo de atuação possível deste profissional.

O PPC2 aproxima-se mais das orientações das DCNF quando insere na íntegra o texto do documento que caracteriza o perfil do egresso:

“almeja como perfil do seu egresso/profissional uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade.”

O curso apresenta quatro disciplinas relacionadas ao tema Saúde Coletiva (Saúde e Sociedade, Vigilância em Saúde, Saúde nos Ciclos da Vida, Planejamento e Gestão em Saúde) e

afirma ter estágio supervisionado no Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, o mesmo não é detalhado. As ações em Centros de Saúde parecem restringir-se à prevenção do aparecimento de lesões em áreas específicas como a hanseníase, e em ginecologia e obstetrícia.

Já o PPC3 faz menção à formação generalista de forma pouco específica em sua descrição de perfil do egresso. O documento enfatiza que o curso de fisioterapia objetiva a formação de um profissional apto a prescrever tratamentos, elaborar diagnósticos e interpretar exames, a fim de atuar nos três níveis de assistência ‘primário, secundário e terciário’.

“Avaliar o estado cinético - funcional do indivíduo a partir da identificação da doença clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas”

Apesar de citar a formação orientada para todos os níveis de assistência, a capacitação necessária para lidar com os aspectos subjetivos do indivíduo assim como a prática na Atenção Básica não são contemplados na descrição das atribuições esperadas pelo egresso do curso.

De modo geral, as características descritas no perfil do egresso de fisioterapia nos três PPC analisados, parecem não estar impregnadas pelo significado atribuído à integralidade da assistência como característica necessária à boa prática na assistência à saúde. Os projetos ocupam-se em formar profissionais capazes de atuar em várias áreas da fisioterapia (ortopedia, pneumologia, cardiologia, neurologia, geriatria, pediatria, etc.), entendendo essa diversidade de conhecimento técnico como característica necessária à formação do profissional generalista.

Os PPC afirmam que o egresso deva atuar em todos os níveis de assistência, mas não fornecem meios para tal, uma vez que as ações de prevenção e promoção da saúde assim como os cenários das práticas em Atenção Básica não são priorizados.

O texto das DCNF, na qualidade de instrumento orientador das Instituições de Ensino Superior (IES) para formulação dos PPC do curso de fisioterapia, refere à necessidade de se formar profissionais com perfil generalista a fim de que este profissional seja capaz de abordar o indivíduo e as coletividades de forma integral, contemplando todas as suas necessidades, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais, independente do nível assistencial o qual o sujeito se encontra. E, considerando que a formação do profissional de saúde deve ser voltada para o SUS, e que este tem a Atenção Básica como ordenadora do Sistema de Saúde, torna-se fundamental que as IES na formulação de seus PPC considerem a Atenção Básica como campo fundamental para a ocorrência de vivências e possibilidade de contato dos estudantes com os mais variados contextos e realidades.

5.2.4 Integração entre ações preventivas e assistenciais

Para que a atuação do profissional de saúde seja considerada integral, é preciso que os profissionais sejam capazes de oferecer ao sujeito que o procura o cuidado necessário para a resolução de sua queixa/sofrimento, independente da complexidade do caso ou do nível assistencial o qual se encontrar (Mattos, 2004).

A fim de garantir a integralidade da assistência, o texto constitucional brasileiro afirma ser essencial a articulação entre as ações preventivas e assistenciais, assim como entre os níveis de assistência. Assim, é necessária a formação de profissionais aptos a enxergar os indivíduos em sua totalidade através de uma visão ampliada de saúde para poder fornecer um cuidado também ampliado (Brasil, 1988).

Para que o profissional busque a integralidade ele precisa agregar outros valores à sua prática, além da execução do conhecimento técnico especializado. O desenvolvimento da escuta, a valorização de informações referentes à vida cotidiana do indivíduo atrelada a sua queixa, a compreensão da riqueza representada pelo trabalho em equipe na condução dos casos, e o conhecimento de como se organizam os fluxos de serviços dentro do SUS, são alguns exemplos de como o profissional de saúde deve abordar os usuários que o procuram, adequando sua prática a cada necessidade de cada indivíduo ou coletividade, de acordo com as circunstâncias em que o mesmo se encontra.

Para que estas e outras mudanças ocorram na condução do trabalho do fisioterapeuta e, conseqüentemente no cuidado promovido por este profissional, primeiro há que ocorrer modificações no processo de sua formação. A implementação de práticas na formação (importantes ferramentas de aprendizagem) desde o início do curso, por exemplo, como orientam as DCNF, possibilitam o desenvolvimento de habilidades e competências que são mais facilmente adquiridas na vivência e contato direto do estudante com a realidade do usuário e com os diferentes contextos sociais nos quais eles estão inseridos.

Os três cursos de fisioterapia analisados apresentam em seus PPC propostas de integração entre ações preventivas e assistenciais, além da formação para atuação nos três níveis de assistência.

As DCNF preconizam em seu artigo 3º que os profissionais devem ser capazes de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, e na descrição das habilidades e competências gerais, artigo 4º, inciso I, o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação a fim de resolver os problemas de saúde.

Assim, os PPC cumprem estas orientações quando asseguram que:

“O Projeto Pedagógico do curso de Fisioterapia preocupa-se em atuar em todos os níveis de atenção à saúde, levando o discente a compreender o processo saúde-doença como um processo social, onde a meta não está focada unicamente em ações curativas.” (PPC1)

“Formar recursos humanos que atuem efetivamente nos processos de promoção da saúde com vistas a planejar, supervisionar e orientar intervenções fisioterapêuticas preventivas, curativas e de reabilitação, ou atenção de primeira, segunda e terceira ordem de saúde, enfocando a solução de problemas individuais e coletivos.” (PPC2)

“O curso foi estruturado de forma que sua matriz curricular possa abranger as três áreas de atuação do fisioterapeuta na saúde da população, seja estas, a primária (prevenção), a secundária (tratamento) e a terciária (reabilitação).” (PPC3)

No entanto, mais do que promover o “treinamento” da atuação profissional nos diferentes níveis de assistência é preciso saber integrar estas práticas. O estudante ao se formar deve estar apto a integrar ações preventivas e assistenciais seja na atenção básica, ou na de média e alta complexidade.

O artigo 5º das DCNF, que trata das habilidades e competências específicas da profissão, traz em seu inciso II que além de atuar em todos os níveis de atenção o profissional deve ser capaz de integrar as práticas de prevenção e assistenciais e, em seu inciso IV, afirma que a atuação integral é entendida como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Em nenhum dos três PPCs fica clara a ocorrência da integração entre as práticas preventivas e assistenciais, sendo destacado somente que a atuação ocorrerá em todos os níveis de assistência. Entretanto, apesar de os três PPC assegurarem promover a atuação profissional nos três níveis de assistência à saúde, apenas o PPC2 assume promover vivências em serviços de atenção básica. Desta forma, torna-se questionável a aptidão do estudante em atuar em determinado nível de atenção à saúde sem que o mesmo tenha tido a experiência da vivência da realidade na área.

5.2.5 Formação para o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal Brasileira reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, além de delegar ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde (Brasil, 1988).

Desde sua criação, o SUS tem assumido papel importante na reorientação dos modelos assistenciais em saúde através da modificação de estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos indivíduos e populações. Destaque especial deve ser dado para a atenção básica, estratégia dinâmica de funcionamento do SUS que possibilita o estabelecimento contínuo de relações com a população (Ceccim & Feuerwerker, 2004a).

Nesse sentido, considerando a garantia da saúde à população como dever do Estado, e sendo o SUS ordenador da formação dos profissionais de saúde que atuarão neste sistema, cabe ao SUS orientar para que a formação em saúde ocorra em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde, e em especial à integralidade da assistência (Ceccim & Feuerwerker, 2004b).

Para que isto aconteça é necessária uma maior aproximação entre instituições de ensino e as ações e serviços do SUS. A formação em saúde não pode ter como referência apenas o conhecimento científico-tecnológico para o diagnóstico e tratamento das doenças. É preciso que o estudante desenvolva a capacidade de atender às necessidades de saúde das pessoas através de sua inserção em ambientes de contextos reais. A realização de práticas desde o início do curso utilizando os serviços de saúde e as comunidades como campo de aprendizagem, podem possibilitar a articulação ensino-serviço e corroborar para a formação do profissional que irá atuar no SUS.

As DCNF incentivam em seu artigo 5º, parágrafo único que “a formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país”. Assim, em consonância com esta orientação os PPC atestam que:

“O curso de Fisioterapia mantém convênios com entidades filantrópicas, prestando assistência fisioterápica a crianças e adultos, principalmente no caso de pacientes especiais, excepcionais e da 3ª. Idade. Há também projetos junto a algumas instituições assistenciais e campanhas educativas junto à população. Mantém como campo de estágio: Hospitais da Secretaria de Saúde do DF; Centros de Saúde da Secretaria de Saúde do DF.” (PPC1)

“A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no País, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.” (PPC2)

“As atividades de práticas hospitalares são desenvolvidas em parcerias com os hospitais da rede Pública; o curso ainda possui parceria com o Programa de Saúde da Família sendo o pioneiro a inserir fisioterapeuta na equipe, abrindo espaço em concursos públicos regionais.” (PPC2)

O PPC2 insere na íntegra o conteúdo do parágrafo único do artigo 5º das DCNF, além de citar os hospitais da rede pública e o Programa de Saúde da Família como cenários de prática. O PPC1 também traz em seu conteúdo a rede pública de saúde como campo para a prática dos estágios, no entanto, nenhum dos dois esclarece como se darão estas práticas. Já o PPC3, não faz nenhuma alusão ao uso da rede de serviços de saúde, seja ela própria, conveniada ou contratualizada, para realização de atividades educacionais, práticas observacionais ou estágios supervisionados.

Retomando o que foi dito anteriormente sobre a importância do SUS na reorientação do modelo assistencial em saúde e na tentativa de modificar a concepção hegemônica tradicional do cuidado e conseqüentemente o ensino dos profissionais de saúde, torna-se fundamental que ocorram mudanças também no perfil deste profissional. Neste contexto, a produção do conhecimento em serviço, utilizando os ambientes reais como cenários de aprendizagem, a partir das necessidades de saúde da população, surgem como proposta de mudança para a formação em saúde (Ferreira, Fiorini & Crivelaro, 2010).

Como exemplo desta proposta de mudança, Ferreira et al (2010) identificaram em um estudo realizado com estudantes de medicina e enfermagem que os estudantes que foram inseridos em cenários práticos reais da atenção básica desde o início do curso desenvolveram um perfil profissional diferenciado em relação aos demais, visto que a experiência prática com a realidade, a criação de vínculo com o usuário, e o desenvolvimento crítico e reflexivo de raciocínio clínico e abordagens terapêuticas os possibilitaram aprender a aprender.

Assim, torna-se evidente que a utilização dos serviços de saúde do SUS na formação do profissional de saúde pode contribuir muito para a transformação de suas práticas e dessa forma, contribuir para a formação de profissionais capazes de fornecer um atendimento mais integral e humanizado voltado para as necessidades de saúde das pessoas sendo, portanto mais eficiente e resolutivo.

5.3 Terceira etapa: análise dos Grupos Focais realizados com os estudantes de fisioterapia

Foram realizados três Grupos Focais, um em cada IES pesquisada, com estudantes do curso de fisioterapia. A identificação dos grupos focais foi feita utilizando a sigla GF (Grupo Focal) seguida do número 1, 2 e 3, correspondente ao respectivo PPC.

O GF1 foi composto por 10 estudantes, oito do sexo feminino e dois do sexo masculino; o GF2 possuiu 10 integrantes, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino, e o GF3 com 12 integrantes, contabilizando 10 indivíduos do sexos feminino e dois do sexo masculino.

Os resultados da Análise Qualitativa de Conteúdo realizada com os dados obtidos nos três Grupos Focais são descritos a seguir. As categorias de análise foram previamente determinadas com base no roteiro de tópicos elaborado para realização dos Grupos Focais.

5.3.1 A integralidade como atributo da prática do fisioterapeuta

Em resposta à introdução do tema integralidade, as falas a seguir refletem o entendimento dos estudantes sobre o assunto:

“não é só olhar pra essa dor, é ter uma visão biopsicossocial do paciente... O físico e o psicológico daquele paciente naquele momento e o social, a reintegração dele na sociedade.” (GF1)

“eu acho que seria o paciente como um todo na integralidade dele, sobre todas as suas necessidades” (GF2)

“você chega numa clínica de fisioterapia com dor no joelho direito, o fisioterapeuta vai pegar seu joelho direito vai tratar... na verdade a gente vê o todo, e no final a gente pega o exame só pra realmente acrescentar o que ficou faltando” (GF3)

De acordo com as falas dos estudantes, é possível observar o reconhecimento (por parte deles) da insuficiência que a visão compartimentalizada, com foco na doença, seus sinais e sintomas oferecem para a promoção do cuidado, e que este olhar dificulta uma visão ampliada de saúde, necessária a um atendimento integral.

Assim, a saúde passa a ser compreendida de forma mais ampla, onde as necessidades individuais e os contextos de vida das pessoas devem passar a integrar as práticas dos profissionais de saúde. A integralidade como princípio orientador das ações e serviços requer um conceito ampliado de saúde, capaz de agregar fatores determinantes e condicionantes de estados de saúde relacionando questões relativas ao bem-estar e à qualidade de vida, em contraponto à mera ausência de doenças (Gonze & Silva, 2011).

É preciso considerar os aspectos individuais das pessoas, suas características específicas, o contexto de vida no qual estão inseridos e que interferem diretamente na sua condição de saúde, e na concepção que o sujeito faz dela.

“A história dele, saber quem ele é, quantos anos ele tem, profissão, qual a condição social de vida, patologia associada...” (GF1)

A idéia da integralidade extrapola a simples recusa às ações reducionistas e sugere a implicação com o contexto (Bedin & Scarparo, 2011). Uma vez que a produção do cuidado se dá através das relações entre os sujeitos que o integram (profissional-usuário, usuário-equipe, etc.) e que os sujeitos estão inseridos em diferentes contextos sociais e ambientais, é fundamental que as questões subjetivas inerentes a cada pessoa sejam consideradas no atendimento prestado (Franco & Merhy, 2012).

Muitas vezes, a necessidade de saúde de uma pessoa pode não ser aquela programada pelo serviço ou profissional de saúde na concepção de sua ação assistencial. Para

atender às reais necessidades de saúde de um indivíduo ou uma população, é preciso antes disso saber ouvi-los.

“às vezes chega um paciente na ortopedia com um problema no pé, a gente faz todo um tratamento ortopédico sendo que o problema dele era por causa da diabetes” (GF2)

Neste caso, o desenvolvimento da habilidade da escuta é primordial para a apreensão das reais necessidades que impulsionaram a procura por atenção. Para Pinheiro (2009) “a integralidade está presente no encontro, na conversa”, onde o profissional da saúde precisa buscar prudentemente reconhecer, para além das demandas explicitadas, as necessidades do cidadão.

Assim, o acolhimento e a criação de vínculo entre usuários, profissionais de saúde e serviço apresentam-se como estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais. Merhy, conforme citado por Pinheiro (2009), apresenta o acolhimento como a relação humanizada e acolhedora que os trabalhadores e o serviço têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Apesar das práticas de acolhimento e criação de vínculo não serem identificadas com estas nomenclaturas, os estudantes deram exemplos da aplicação de tais práticas:

“quando o paciente chega pra você, talvez quando ele vem com aquela doença, não é a doença que ele veio, quer sarar, eu vejo que tem muito paciente que vem aqui pra conversar... eles não têm só a doença, eles têm problema em casa, com a família, com o emprego, ou naquele momento ele não tem como tá num emprego e tem que alimentar a família” (GF2)

“mas no dia a dia no decorrer da sessão o paciente vai relatando: ah, hoje eu não tinha dinheiro pra vir...ou, cai e machuquei, e aí a gente vai perguntando em cima disso e ele vai falando detalhes e aí você vai descobrindo algumas informações da vida dele” (GF2)

Nota-se que a relação de confiança estabelecida entre os sujeitos protagonistas do processo de cuidar em saúde, vai se consolidando à medida que vão sendo construídas relações entre os mesmos nas práticas de saúde. Nesse sentido, a busca pela responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva dos problemas de saúde, só serão efetivamente alcançados se houver o reconhecimento do papel desempenhado pelo acolher e vincular em saúde (Pinheiro, 2009).

5.3.2 A integralidade na formação do fisioterapeuta, sob a perspectiva dos estudantes

O modelo de formação fortemente influenciado pelas recomendações do Relatório Flexner de 1910, enfatiza a doença ao invés do sujeito, e a fragmentação do conhecimento através de disciplinas que não se comunicam. O hospital, os laboratórios e as clínicas-escola assumem o papel de ambientes privilegiados das práticas, onde a especialização é fortemente incentivada

(ainda na graduação). Ademais, a separação entre teoria e prática permanece justificada pela concepção de que é necessário acumular conhecimento teórico para posteriormente aplicá-lo na prática (Araújo et al, 2007).

Este contexto dicotomizado de ensino, separando teoria e prática, é identificado na fala de alguns estudantes:

“nos primeiros semestres são aulas teóricas e a partir do sétimo no total oito né, que começam os estágios, tem prática também”(GF1)

E, a falta de articulação entre as disciplinas, ainda rigidamente fragmentadas, denuncia a dificuldade (ou negligência) dos cursos em modificar ou reestruturar seus currículos. As questões relacionadas ao universo da Saúde Coletiva (ao SUS) são cuidadosamente separadas em disciplinas específicas para tratar destes assuntos e, uma vez vistos, estes conteúdos não mais são retomados.

“Foram duas disciplinas, saúde coletiva e políticas públicas... abordou o funcionamento (do SUS), história, políticas, legislação...”(GF1)

É possível observar na fala dos estudantes tentativas isoladas de abordagem integral na formação do fisioterapeuta dos cursos em questão. Alguns exemplos ressaltados foram: o caso de um atendimento compartilhado, realizado entre duas especialidades profissional (fisioterapia e psicologia) ao mesmo tempo, em torno do mesmo sujeito, a fim de proporcionar os melhores resultados através da interdisciplinaridade das práticas. A integração de currículos através da oferta de disciplinas comuns (como as de Saúde Coletiva) a vários cursos da saúde, permitindo assim o intercâmbio de saberes. E a experiência de projetos de extensão com abordagem interdisciplinar.

“agora eles tão fazendo justamente isso, eles tão juntando muito o pessoal da psicologia pra subir lá pra fisioterapia pra ver o atendimento. Já ta atendendo o menino ali no momento que eu to fazendo a fisioterapia, eu trabalhar nele e a psicologia trabalhar nele”(GF3)

“eu até participei de um programa de diabéticos e lá eram vários cursos, era psicologia, farmácia, fisioterapia, vários cursos que tinham pra tratar do paciente diabético”(GF2)

“depende do professor que ta ministrando a disciplina, por exemplo, saúde pública, a gente tem quatro matérias, e são disciplinas comuns, aí a gente vê como que funciona o SUS, vê essa parte mais da teoria, e aí alguns professores falam eu quero grupo misto (um estudante de cada curso)...”(GF2)

Estas iniciativas isoladas levam a crer que existe pouco preparo (ou despreparo), no sentido de capacitação docente e incentivo institucional, na condução e implantação de estratégias pedagógicas inovadoras, capazes de romper com o modelo tradicional de formação e de instituir o modelo da integralidade.

A predominância (e persistência) deste modelo de ensino tradicional, que valoriza o acúmulo de conhecimento adquirido através da memorização de informações prontas ao invés de considerar o conhecimento prévio dos estudantes e, portanto, suas experiências de vida impedem o desenvolvimento da capacidade de análise crítica e reflexiva, de elaboração pessoal, pelos estudantes (Araújo et al, 2007).

Para Aguilar da Silva (2010), a fisioterapia vive uma crise de paradigmas (biomédico X integralidade) onde a mudança conceitual tornou-se conseqüente da insatisfação e insuficiência dos modelos de ensino anteriormente predominantes. De acordo com as DCNF, os currículos com modelo pedagógico impregnado por uma visão fragmentada e voltado para a formação tecnicista e especializada, têm de dar lugar ao modelo da integralidade, pautado na formação generalista, na flexibilização curricular, na integralidade do cuidado, na atuação interdisciplinar, e que a formação esteja voltada para o sistema de saúde vigente, e para isto, orienta a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem.

A aproximação de cursos de fisioterapia com metodologias de ensino construtivistas (centradas no aluno e a partir da construção conjunta do conhecimento em ambientes significativos e de contextos reais para os mesmos) tem obtido resultados estimuladores. A experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL) na criação e implantação de um curso de fisioterapia com um Projeto Pedagógico de Curso totalmente baseado em metodologias ativas de ensino resultou na formação de profissionais com características diferenciadas, apesar das várias dificuldades enfrentadas pelo projeto, principalmente no que diz respeito aos estudantes formados pelo modelo tradicional (Signorelli et al, 2010).

De forma semelhante, o curso de fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF) teve seu currículo estruturado no método pedagógico da problematização. Caracterizada pela construção do conhecimento a partir de vivências de experiências significativas e apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, a problematização foi identificada pelo curso de fisioterapia da FCMS/JF como uma boa estratégia pedagógica por possibilitar a reorientação da formação e assistência da fisioterapia. Mais uma vez, dentre as fragilidades e dificuldades encontradas na implementação da proposta estiveram: a necessidade de capacitação docente, uma pactuação consistente entre a instituição de ensino e o município para utilização dos cenários de atenção básica como ambientes de práticas, e promover a articulação do PPC com os serviços de saúde (Aguilar da Silva, 2010).

Estes exemplos demonstram a possibilidade de romper com o modelo de ensino tradicional a partir da transformação do ensino em fisioterapia. E que, pautado na perspectiva da integralidade e através do uso de metodologias ativas, possa conduzir o estudante a aprender a aprender e, assim, redimensionar seu objeto de intervenção, através da construção de uma nova concepção de saúde, cuidado e atuação.

5.3.3 A Atenção Básica como ambiente de práticas do fisioterapeuta

A trajetória da fisioterapia desde sua criação foi prioritariamente pautada nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade. Sua prática foi consolidando-se ao passo em que era estabelecida uma identidade profissional de caráter reabilitador, caracterizado pelo atendimento individualizado, com o uso de recursos terapêuticos, normalmente realizados em ambulatórios ou clínicas particulares, além da prática hospitalar, onde o objeto de sua intervenção eram as disfunções do movimento e as desordens funcionais.

A fim de romper com este modelo de assistência curativista e reabilitador, as DCNF apontaram para a formação generalista e para a atuação em todos os níveis de assistência, possibilitando assim a ampliação da oferta de serviços na atenção básica, até então quase inexplorada pela fisioterapia (Freitas, 2006).

Ao propor a integralidade da assistência como conhecimento requerido na formação do fisioterapeuta, e a necessidade de integração dos conteúdos com a prática, as DCNF reconhecem que é preciso romper com o modelo tradicional de formação, reorganizar os serviços de saúde e considerar o SUS como ambiente de práticas (Araújo et al, 2007).

Segundo Freitas (2006), as primeiras experiências encontradas da fisioterapia com a Atenção Básica foram baseadas no atendimento domiciliar de pessoas restritas ao domicílio, como uma oferta de baixo custo para os municípios que precisavam oferecer atendimento a pessoas com doenças crônico-degenerativas.

A inserção do fisioterapeuta na atenção básica é recente, e por isto, representa uma possibilidade de ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas, através da apropriação de novos saberes. No entanto, é evidente que se não houver transformações mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção de formação e atuação em fisioterapia, a fim de redimensionar seu objeto de intervenção, este profissional terá dificuldades para integrar a nova lógica de organização do modelo de atenção à saúde, pautado pela integralidade e na atenção básica como ordenadora do cuidado (Bispo Jr., 2010).

Assim, o conceito limitado que os estudantes demonstraram ter a respeito da atenção básica como nível de assistência à saúde e como ambiente de práticas, assim como o desconhecimento a respeito de termos, programas e conceitos tão presentes no universo da saúde coletiva e fundamentais à formação de todo profissional da saúde, confirmam a posição de atraso da fisioterapia (pelo menos dos cursos analisados) frente aos avanços do SUS e às necessidades de mudanças no ensino na saúde.

Quando instigados a falar sobre o papel do fisioterapeuta na atenção básica, foram obtidas as seguintes falas:

“prevenção... orientação... ergonomia... prevenção na queda de idosos”

“caminhada com grupo de idosos, de diabéticos, hipertensão...”(GF1)

“a gente não fez estágio nisso (Atenção Básica), viu assim, bem superficial”(GF3)

“orientação, pode ensinar né e até explicar como que se dá algumas patologias...”(GF2)

Importante ressaltar que, apesar das dificuldades apresentadas sobre o tema proposto, existem algumas iniciativas no sentido de vivências e práticas em prevenção e promoção de saúde nos cursos de fisioterapia em questão. No entanto, estas experiências só foram lembradas pelos estudantes quando o facilitador do grupo focal (percebendo a falta de associação entre teoria e prática) levantou alguns exemplos de atuação com o objetivo de esclarecer melhor a questão abordada. Os relatos de experiência foram:

“a fisioterapia preventiva, na escola a prevenção, a gente teve teoria e depois a gente teve vivência, a proposta mesmo foi nas escolas, aí depois a gente fez em saúde da mulher, e depois idosos, a gente teve pacientes também...”(GF1)

“por exemplo, assim, a gente não vai numa classe menos favorecida e fala: olha a senhora tem que cuidar porque tem diabetes, não pode andar descalço, esse tipo de contato a gente não tem!”(GF3)

“a gente fez uns trabalho nos colégios também, a gente fazia a prevenção na questão do peso de mochilas das crianças, a gente falava pra não carregar tanto peso, falava o que acontecia, fazia até umas peças teatrais pra ficar mais didático né...”(GF2)

Dos três grupos focais, apenas um afirmou não ter tido contato ou experiências na atenção básica. No entanto, ao serem questionados sobre o papel do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma das principais inserções do fisioterapeuta na atenção básica no DF, a maioria dos estudantes dos três grupos disseram não saber do que se tratava.

“mais ou menos...assim eu sei que o NASF ele é...eu sei mais ou menos, assim porque tem a parte do PSF, do...é, PSF, e tem os profissionais que fazem parte, fixo né, que é médico, enfermeiro, acho que odontólogo...aí do NASF já tem que ser requerido praquela região e aí tem que ser outros profissionais...”(GF1)

“já convidaram (os professores) profissionais que trabalham lá (no NASF), pra contar pra gente como é que era! O que era feito lá.”(GF3)

“assim, já ouvi falar (NASF) mas não sei bem como é... tinha um professor que falava que era muito bom só que não funcionava direito, existia mas não tinha efetividade.”(GF2)

Frente ao conhecimento pouco específico dos estudantes sobre a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS (Estratégia Saúde da Família - ESF), como dispositivo orientador do cuidado integral em saúde e também a falta de esclarecimento a respeito do NASF como retaguarda especializada às ESF, foi possível perceber a dificuldade por

parte dos estudantes em reconhecer a Atenção Básica como campo possível de atuação pelo fisioterapeuta.

Cabe ressaltar que, enquanto a fisioterapia não possui uma definição clara em relação à sua atuação na atenção básica, haverá dificuldades em inserir este profissional em programas ou serviços neste nível de assistência e, portanto permanecerá a profissão sendo orientada pelo paradigma reabilitador. O distanciamento entre ensino e serviço e a limitada aproximação existente entre os cursos de fisioterapia com a atenção básica, tanto na teoria quanto na prática, tendem a reforçar o estabelecimento do papel deste profissional junto a outros profissionais de saúde, gestores e usuários como profissional exclusivamente reabilitador (Neves & Aciole, 2011).

5.4 Quarta Etapa: resultados e análise das entrevistas com os fisioterapeutas

Participaram desta etapa sete fisioterapeutas, sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino, todos integrantes de uma equipe NASF e cada equipe vinculada a um Centro de Saúde distinto. Os Centros de Saúde estão distribuídos em quatro Regionais de Saúde do DF, sendo que uma única Regional possui 04 fisioterapeutas lotados em quatro Centros de Saúde diferentes. Um paradoxo, considerando que existem regionais que não possuem sequer um fisioterapeuta nos Centros de Saúde.

5.4.1 Caracterização dos sujeitos

Dos sete fisioterapeutas participantes, quatro concluíram o ensino superior no DF em instituições privadas, e três fizeram o curso em outros estados, sendo que destes, dois concluíram o curso em instituições públicas. O tempo de conclusão da graduação de todos os participantes ultrapassa oito anos. Seis dos sete fisioterapeutas possuem no mínimo uma especialização, iniciadas quase que imediatamente à conclusão do curso. Destaque para dois sujeitos que iniciaram a especialização ainda durante a graduação, o que confirma a influência do modelo biomédico na forte tendência à especialização precoce dos profissionais de saúde.

Dentre as especialidades citadas pelos entrevistados, destacam-se: fisioterapia pneumofuncional, cardiorespiratória, ortopedia, neurologia, ergonomia e acupuntura. A acupuntura destoa das demais por caracterizar-se hoje como uma modalidade de prática integrativa desenvolvida por serviços de atenção básica. Outro desvio no perfil de especialidades apresentadas foi a especialização em Saúde Pública cursada por um dos entrevistados, iniciada após sua inserção laboral na atenção básica, como integrante do NASF. Cabe ressaltar que esta contabiliza sua quarta especialização como fisioterapeuta.

Como relação à experiência profissional, cinco fisioterapeutas citaram a atividade hospitalar como primeira experiência e oportunidade de trabalho. Um citou o ambiente clínico e consultório privado, e outro o trabalho com educação já desempenhado antes da conclusão do curso de fisioterapia. Nenhum dos entrevistados afirmou ter tido experiência prévia com serviços de atenção básica antes do atual vínculo laborativo.

Após analisar a descrição acima, é possível perceber a forte influência que o modelo biomédico de ensino exerceu na formação destes profissionais. A tendência pela especialização precoce em detrimento da formação generalista surge quase como uma obrigatoriedade. O profissional não especializado é visto com descrédito, caracterizado por não se atualizar em sintonia com os avanços tecnológicos. A prevalência de especialidades não relacionadas ao universo da saúde coletiva reflete a pouca afinidade do profissional com a área, seja pela fragilidade de conhecimento específico ou pela carência de oportunidades de trabalho na área. Esta realidade se traduz na afirmação da falta de experiência em saúde pública declarada por todos os entrevistados.

A seguir, serão apresentadas as categorias temáticas e sua análise interpretativa, obtidas a partir dos resultados das entrevistas com os fisioterapeutas da atenção básica. As falas dos sujeitos foram identificadas pela letra F (de fisioterapeuta) seguida dos números 1 a 7, aleatoriamente distribuídos entre eles.

5.4.2 O processo de formação acadêmica em fisioterapia

Esta categoria objetivou solicitar aos fisioterapeutas informações sobre seu processo formativo que pudessem indicar o modelo curricular adotado, a relação estabelecida entre os conteúdos teóricos e práticos das disciplinas, a presença ou não de conteúdos que abordassem o universo da saúde coletiva, iniciativas pedagógicas ou experiências de ações que estimulassem a interdisciplinaridade a fim de possibilitar a visualização do perfil de egresso proposto pelos cursos de fisioterapia.

No que diz respeito à conformação do curso, ao tipo de abordagem pedagógica predominantemente utilizada nas aulas, é possível identificar a separação entre conteúdos teóricos e momentos práticos, sendo que a teoria aparece soberana desde o início do curso até mais da metade, reservando os últimos semestres ou último ano da formação para a introdução dos estágios e práticas direcionadas.

F5: Foram quatro anos de faculdade e era anual. Algumas matérias eram semestrais outras anuais e a prática a gente começou a fazer acho que só no terceiro ano. Onde a gente ainda tinha aula teórica e já entrava em alguns estágios. E o 4º ano foi praticamente todo de estágio no ambulatório que a gente tinha lá...

F3: a gente tinha aula prática e aula teórica, e no último ano foi o ano de estágio né, a gente tinha a clínica da faculdade, clínica escola...

F6: foram sete períodos de aula teórica com algumas aulas práticas e o estágio no oitavo período.

A noção de saúde coletiva através de disciplinas ou estágios práticos não foi muito aprofundado. O desenvolvimento de conteúdos que abordassem o SUS, seu desenvolvimento histórico, sua organização em níveis de assistência e as possibilidades de atuação na Atenção Básica, por exemplo, parece não terem sido muito enfatizados.

F7: ...teve algumas falhas, por exemplo, saúde pública... não tivemos uma cadeira específica pra saúde pública.

F3: ah, falou de SUS, um geralzão mesmo... acho que no primeiro semestre também a gente não tem muita noção né... aí passa bem batido, só no decoreba mesmo, depois não tive mais estágio, nenhum contato... aí a gente não absorve né. Não falou mais nada de saúde pública!

F4: a gente viu esses níveis de atendimento, no 1º ou 2º semestre a gente viu, primário, secundário, terciário. E assim, eu lembro bem desse encaixe da fisio no secundário e terciário, e no primário falava daqueles negócios assim quase que com medo de falar da fisio na prevenção e na promoção da saúde, era uma coisa assim...

De maneira semelhante à ausência ou desconhecimento e despreparo no que diz respeito ao universo da saúde pública, não existiram muitos incentivos no que tange às ações de interdisciplinaridade nas práticas dos fisioterapeutas durante sua formação. Pelo contrário, parece ter havido um cuidado especial para que se formassem com o conhecimento apenas da fisioterapia, exclusivamente.

F5: nós éramos um grupo com a nossa preceptora, onde a gente ficava praticamente ilhado né, onde a gente não podia tocar no paciente, não podia fazer nada, não podia praticar aquilo que a gente aprendia, e também não tinha essa segunda oportunidade de ter contato com o profissional do lado.

F3: quando a gente chegava e perguntava, procurava saber de exames ele (o preceptor de estágio) falava: não, você não precisa saber isso, você precisa saber de fisioterapia, do diagnóstico fisioterapêutico.

Baseado nas falas acima fica evidente a influência que o modelo curricular flexneriano exerceu na formação destes indivíduos. O currículo separado em ciclos básico e profissionalizante, valorização dos hospitais e clínicas-escola como ambientes para a realização das práticas, sendo estas experimentadas somente após o acúmulo de grande concentração de conteúdo teórico nos semestres que antecedem o estágio Este modelo de formação visa o estímulo à especialização da profissão, a fim de prestar um atendimento individualizado, pautado em preceitos

da racionalidade científica, fortemente dependente de ambientes estruturados e tecnologicamente montados (Pagliosa & Da Ros, 2008).

É claro que não se pode desconsiderar o ano de conclusão de graduação destes sujeitos. Dos sete entrevistados, apenas dois formaram-se após o estabelecimento das DCN e conseqüentemente das DCNF. Portanto, o modelo curricular utilizado à época era o do currículo mínimo (instituído em 1983), estruturado pelo sistema de ciclos preenchidos por disciplinas. Estas considerações implicam uma reflexão sobre a necessidade de educação permanente² dos profissionais que atuam no sistema de saúde, e principalmente aqueles que tiveram uma formação pautada num modelo de ensino e assistência tradicional, que diverge do atualmente proposto pelo SUS, movido pela integralidade, a fim de adequar as práticas e redimensionar o cuidado em saúde.

5.4.3 A atenção básica como ambiente de práticas

A atenção básica como campo de atuação em saúde, tem representado mais uma possibilidade para inserção do fisioterapeuta nos serviços de saúde. Além disso, oferece uma oportunidade para romper com o paradigma de perfil profissional da fisioterapia, consolidado ao longo de seu desenvolvimento histórico como “profissional da reabilitação”.

Cabe esclarecer que dentro da SES/DF a principal (se não a única) possibilidade de inserção da fisioterapia em serviços de atenção básica se dá por meio da atuação como membro de uma equipe NASF, vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, justifica-se a lotação dos sete fisioterapeutas (todos servidores da SES/DF) em Centros de Saúde por meio das equipes NASF.

As declarações a respeito das motivações que levaram cada fisioterapeuta a buscar a atenção básica como campo de atuação são bem variadas. Dos sete entrevistados, cinco relataram estar cansados e desgastados com a rotina pesada de atendimento em ambientes hospitalares e por esta razão terem escolhido um ambiente mais tranquilo de trabalho, apesar da inexperiência e até mesmo, em alguns casos, desconhecimento do papel do fisioterapeuta na Atenção Básica.

F7: bom o motivo deu ter ido (para o NASF) foi pessoal né, eu devido a esse acúmulo de empregos, trabalhava 106 horas por semana... e aí, engordei bastante, tive alguns problemas cardíacos, insônia, eu tive uma crise de hérnia de disco...

F1: ...eu pedi remoção (pro NASF) inicialmente pra ficar mais próximo de minha residência, e no caso a gerente que era a Fulana na época me ofereceu, disse que tava abrindo vagas pro NASF...aí eu aceitei...

² Educação Permanente: O Ministério da Saúde instituiu uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de seus trabalhadores.

F5: foi uma oportunidade de ganhar dinheiro... e eu já havia ouvido falar no NASF, mas eu não conhecia muito do trabalho. Sabia que era uma área de prevenção, promoção de saúde e como eu já estava ficando cansada de trabalhar em hospital, a área hospitalar é muito cansativa, eu falei eu vou colocar essa opção (para lotação do concurso da SES DF) do NASF.

F3: então, aí como eu já tava cansada dessa rotina de hospital já tava casada com filho pequeno, eu tinha uma prima enfermeira que já trabalhava na assistência básica né, e era de equipe (ESF), e aí ela me falou do NASF, e eu não sabia nada do que era NASF, nada nada... aí fui procurar saber o que era...

A posição de insatisfação dos fisioterapeutas frente à falta de orientação e capacitação por parte da gestão para que pudessem atuar no NASF foi unânime. A maioria disse ter se sentido despreparado para atuar na Atenção Básica e alguns não tinham inclusive conhecimento do que significava a sigla NASF. Várias foram as iniciativas pessoais para a auto-capacitação, uma vez que estes profissionais não receberam treinamento para compor a equipe e não tiveram uma formação adequada à organização do serviço de saúde nos moldes do SUS, que contemplasse a Atenção Básica como campo possível de atuação e a promoção à saúde como objeto de sua prática.

F4: a gente não teve um treinamento inicial, eu fui jogada... eu fiquei um mês sem fazer nada, e ficava lá andando pelo posto, não tinha sala, não tinha nada pra fazer, ficava lá o dia inteiro desse jeito... Se eu dependesse assim da minha formação, eu tava frita!

F1: eu acho que não houve do Ministério, pra todas as equipes de todo o Brasil, pegar esse formato de atenção básica que era conhecido, eles mudaram, lançaram a proposta e não prepararam ninguém, desde gerentes à secretaria, ninguém sabia o que é NASF...então assim, foi uma reação em cadeia, ninguém tava preparado pro NASF porque ninguém sabia o que era NASF.

F5: como eu não sabia nada do que era NASF, tinha o Caderno de Atenção Básica, falando sobre o NASF, aí eu fui ler né, entender um pouco aquilo, mas eu não entendi muito bem....o quê que era...

F3: Aí eu cheguei aqui e pronto. Caí de pára-quadras né! Se vira... me virei! Eu comecei a ler, fiz curso na net, peguei artigo, o caderno do NASF...

Após este primeiro contato preocupante dos fisioterapeutas com a atenção básica via NASF, iniciou um momento de apropriação de significados e (re)construção constante de sua prática. Foi iniciado um processo de redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia e tentativa de firmar seu papel como profissional integrante de uma equipe multiprofissional, que visa a prevenção e promoção da saúde, onde o perfil de atendimento curativista não encontra espaço para sua prática, e que o atendimento coletivo tomava lugar do atendimento individualizado.

Seguem alguns exemplos das atividades desempenhadas, relatadas por eles:

F6: a gente acompanha todas as equipes, faz reuniões aonde a gente faz levantamento de casos e tira demandas juntamente com a equipe... eu faço uma visita domiciliar, as vezes a gente faz visitas compartilhadas como a gente pode atender compartilhado... além de dar suporte pras equipes a gente promove também algumas ações...

F1: acompanhamento dos casos simples, tecnologia simples né, leve, se eu não preciso de um recurso, eu não preciso de uma manipulação muito grande aquele paciente, eu orientando eu posso, ele faz em casa e eu acompanho ele mensalmente, quinzenalmente, às vezes tem até todo dia...

Os relatos das dificuldades encontradas foram muitos, internos e externos à fisioterapia. Convencer à equipe que o intitulado profissional da reabilitação não estava ali para reabilitar não pareceu tarefa fácil. Assim como não foi fácil explicar à população que, apesar de ter um fisioterapeuta no Centro de Saúde, não haveria marcação de sessões para atendimento ambulatorial.

F3: acho que às vezes de fora as pessoas ainda não entendem muito, tipo, porque que a fisioterapeuta tá lá e não atende, não tem um aparelho, um consultório, assim, muita gente não entende né... nossa, nós tivemos que explicar muitas vezes que não era assim, que não adiantava vir aqui bater na porta... quais eram os casos que eu podia atender, como era esse atendimento, que tinha que ser discutido, o que eles poderiam orientar, e assim a gente foi construindo...

A construção das atribuições do fisioterapeuta na atenção básica e, portanto, no NASF ainda está em processo. E, a definição do seu papel como membro de uma equipe parece ainda não estar tão claro, para o profissional, para os membros de equipe e para a população usuária do serviço.

F2: eu formei com uma visão mais curativista, trabalhar essa parte da prevenção que eu tenho muita dificuldade até hoje... eu corro atrás, mas assim, eu vejo que não tá bom ainda, eu vejo que eu teria que atuar mais em nível de atenção primária mais com a prevenção

F4: Eu, sinceramente, acho um desperdício de um profissional de curso superior conduzir aqueles grupos de automassagem, de práticas integrativas, sabe? Porque eu acho que aquilo ali tinha que ser um ACS, tinha que ser um técnico...

5.4.4 Concepções acerca da integralidade

A fim de aprofundar um pouco mais a discussão em torno da inserção do fisioterapeuta em serviços de atenção básica, foi levantada a questão norteadora deste trabalho, a integralidade nas práticas e nos serviços de saúde.

Ao deparar-se com esta questão, foi possível observar certa apreensão na face dos entrevistados, posto que pareciam temer não terem uma definição pronta acerca do termo integralidade. Mas, talvez isto não seja de todo ruim. Mattos (2009) considera que talvez a integralidade não deva ter mesmo uma resposta unívoca, pois ao tentar defini-la de uma vez por todas, poderíamos abortar alguns de seus sentidos e assim, silenciar algumas de suas indagações.

Apesar de não apresentarem uma definição pronta de integralidade, foi possível identificar outras questões tão importantes quanto, e que quando corretamente desenvolvidas e integradas conduzem ao almejado atendimento integral.

O primeiro ponto a considerar, foi o reconhecimento da mudança de paradigmas biomédico para o da integralidade. A fala de um dos sujeitos exemplifica bem esta mudança, ao perceber que a abordagem integral apresenta uma recusa ao reducionismo do ser humano a partes, e que a assistência anteriormente prestada torna-se insuficiente para resolução dos problemas dos sujeitos na Atenção Básica.

F3: então, assistência integral, é atender o indivíduo como um todo né? Clichê! Tanto que quando eu era de hospital né, lá eu só preocupava em pulmão, em limpar o pulmão, tchau, né, alta. E aqui a gente num tem, num da alta assim né, não tem essa coisa, a gente atende a pessoa na parte mental, psicológica, física, vê a família, olha tudo... porque ele não pode tá bem se a família não estiver né... Então assim, não pergunta coisas só de fisioterapia, é 360° mesmo, o indivíduo como um todo.

F5: então, hoje eu tenho isso um pouco mais formado. É ver o ser humano não só no seu problema pontual... Problemas social, problema financeiro, e isso então é tratar a pessoa com intregalidade. Eu não vou ver só a questão da fisioterapia... tenho que ver todo o outro contexto dessa paciente... o cuidado hoje é mínimo e tá muito centrado no problema da pessoa!

Compreenderam também, que o indivíduo doente ou carente de cuidados representa mais do que um órgão ou lesão que pode ser destacado do todo para que seja cuidado. Este indivíduo doente pertence a realidades de contextos diversos, e que, por isto na qualidade de sujeito mantém relações sociais em ambientes variados, exigindo que o profissional de saúde tenha uma visão ampliada de saúde, capaz de considerar os fatores determinantes e condicionantes de seu estado de saúde, mais do que a simples ausência de doença.

F6: é, a qualidade de vida também, porque a gente sabe que saúde não é só a ausência de doença mas é ele ter também qualidade.

F4: é olhar o contexto que o paciente vive, porque assim, às vezes o paciente tá ali abandonado pela família, tá sendo mal tratado, ele tem ali é vários outros problemas que tão interferindo e que às vezes piorando a situação que ele se encontra... eu acho que isso é básico de todo atendimento, você não pode olhar só praquilo...

Além de enxergar o sujeito em seu contexto de realidades, foi citada também a importância de se considerar as reais necessidades de saúde do sujeito, e que esta apreensão da saúde só poderá ser realizada dando a possibilidade ao indivíduo de expor suas demandas, pois às vezes as ações e programas determinados pelo serviço de saúde podem não contemplar demandas específicas dos sujeitos.

F2: Vou citar um exemplo da paciente, ah essa paciente tá obesa, eu acho que ela tá depressiva, ela foi encaminhada pra mim porque ela tava com dor na coluna. Depois que terminou a palestra (de lombalgia) ela veio conversar comigo, ela tá com dois filhos presos na cadeia, então assim, nossa então o problema dela não é só a coluna né, então assim, tem que tá procurando dar um suporte de um caminho pro usuário também ele tá buscando assim a resolutividade do problema dele, entendeu?

E, por fim, a integralidade no sentido de garantia do acesso dos sujeitos a todos os serviços necessários para a resolução do seu problema de saúde, intermediados pelo profissional de saúde, na qualidade de organizador dos fluxos que este indivíduo deve percorrer dentro do sistema de saúde.

F1: integralidade pro paciente seria ele ter acesso a tudo que ele precisa na saúde ele ter acesso... no que me diz respeito na atenção básica eu esgotei as possibilidades que aquele paciente tem direito... eu tento organizar o fluxo e as outras portas pra que esse paciente consiga encontrar acesso ao que ele tá precisando...

Ao final de cada entrevista, foi solicitado aos fisioterapeutas tendo em vista tudo o que havia sido discutido (formação acadêmica, trajetória profissional, inserção na atenção básica, atuação como membro de equipe no NASF e o atendimento integral), que fizessem considerações a respeito da formação que tiveram e as dificuldades para sua inserção na atenção básica.

De modo geral, todos ressaltaram a importância de haver conteúdo no curso de graduação em fisioterapia sobre a grande área da saúde coletiva. Desde a introdução de disciplinas teóricas que abordassem o SUS, seu processo histórico, sua criação até os dias de hoje, enfatizando a atenção básica como campo possível de atuação para o fisioterapeuta como integrante potencial das equipes de saúde.

Foi considerado também de suma importância a necessidade de haver práticas em saúde coletiva. A implantação de estágios curriculares na atenção básica utilizando os serviços do SUS e as comunidades como cenários de aprendizagem, ampliando o horizonte de atuação do fisioterapeuta para além dos muros dos hospitais e clínicas ambulatoriais. O intuito, segundo eles, seria o de modificar o perfil assistencialista e curativista que a fisioterapia construiu ao longo de seu desenvolvimento histórico, redefinindo sua prática e redimensionando seu objeto de intervenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no levantamento feito no banco de dados do CNES confirmam que a conformação da rede SUS do DF não contribui para a consolidação da atenção básica e, conseqüentemente para a inserção do fisioterapeuta como membro de equipe, uma vez que a predominância na ocupação de postos de trabalho deste profissional concentra-se em serviços de média e alta complexidade de assistência. Este cenário de atuação dificulta a atuação integral destes profissionais uma vez que não possibilita a abordagem em todos os níveis de assistência, limitando os serviços oferecidos à população usuária e conseqüentemente a resolução dos problemas de saúde.

No entanto, esta realidade de atuação profissional do fisioterapeuta não está presente apenas nos serviços da rede SUS-DF. De acordo com a leitura feita nos PPC, a integralidade não emerge como eixo ordenador da formação do fisioterapeuta como orientam as DCNF e a Lei Orgânica do SUS. Apesar de apresentarem grande parte de seus conteúdos em conformidade com as DCNF, foi possível perceber a superficialidade que estas orientações representam para o projeto pedagógico e concepção dos cursos quando analisadas as questões referentes aos preceitos da integralidade. De modo geral, os cursos não reestruturaram sua metodologia de ensino-aprendizagem para o modelo da integralidade, permanecendo fortemente influenciados pelo modelo de ensino tradicional.

Embora tenham sido identificadas algumas tentativas de adequação às orientações das DCNF, a estrutura de ensino dos cursos não se pauta pelo princípio da integralidade. Apesar da existência de ações isoladas, é nítida a falta de integração de conteúdos e a ausência de vivência pelos estudantes em contextos reais de serviços de atenção básica, apesar da utilização de alguns serviços da rede. Neste sentido, é evidente que a formação não privilegia o SUS e seus princípios como eixos norteadores do ensino em fisioterapia.

Este contato delimitado e especializado dos estudantes, proposto pelos PPC, com a rede de serviços do SUS e, portanto, com a comunidade, se revela no desconhecimento dos mesmos sobre a possibilidade de ampliar a atuação do fisioterapeuta para além dos serviços de média e alta complexidade. Além disso, o discurso superficial dos estudantes sobre temas relativos à saúde coletiva, à história e desenvolvimento do SUS, assim como seu funcionamento e estrutura organizativa denunciam haver um déficit no processo formativo no que diz respeito ao atendimento integral para atuação no sistema de saúde vigente, como orienta as DCNF.

De forma análoga, os fisioterapeutas que atuam nos serviços de assistência básica, formados pelo modelo biomédico de ensino, relataram não terem tido uma formação adequada no que diz respeito aos preceitos do SUS e que por esta razão tiveram grande dificuldade de inserção

no serviço por não se sentirem preparados para este campo de atuação. Em consequência, a formação deu-se no dia a dia dos serviços, mas não por meio de capacitação através de programas de educação permanente do SUS, e sim por iniciativa dos próprios profissionais que, frente às dificuldades encontradas decorrentes de sua formação sentiram a necessidade de atualizar sua prática e objeto de intervenção a fim de incorporarem as equipes de saúde, ampliar o campo de atuação abarcando a atenção básica e assumir assim a integralidade como eixo norteador dos serviços de saúde.

Assim, considerando que as lacunas deixadas pela formação orientada pelo modelo biomédico (observadas na fala dos fisioterapeutas) não foram preenchidas pela formação ofertada pelos cursos de hoje, tendo em vista a repetição de dificuldades apresentadas tanto pelos fisioterapeutas quanto pelos estudantes, conclui-se que a formação em fisioterapia ainda permanece pautada pelo modelo de ensino tradicional, e que mesmo com as propostas de reorientação do ensino sugeridas pelas DCNF, estas mudanças ainda não foram alcançadas, e a integralidade ainda não representa a ordenação de serviços e ações de saúde em fisioterapia.

Assim, é de suma importância para a continuidade do desenvolvimento e transformação da profissão, que mais estudos contemplem a temática do ensino na saúde, e em especial o ensino da fisioterapia, a fim de que as rupturas de paradigmas sejam alcançadas, que o perfil profissional do fisioterapeuta alcance a integralidade e que se consiga consolidar a inserção deste profissional nas ações e programas de atenção básica, redefinindo seu papel nos serviços de saúde.

Os resultados encontrados nesta pesquisa não são passíveis de generalizações por tratar-se de um estudo regional. Como possíveis limitações destacam-se o número reduzido de participantes das entrevistas e o número de IES selecionadas, fornecedoras dos PPC e de onde foram recrutados os estudantes.

Por fim, é possível destacar que para que mudanças profundas ocorram no ensino da fisioterapia e assim na atitude destes profissionais, medidas devem ser tomadas na concepção dos currículos repensando as abordagens didático-pedagógicas, o fortalecimento das parcerias ensino-serviço, além de uma maior apropriação das orientações das DCNF pelos PPC.

É fundamental que o profissional de fisioterapia tenha conhecimento de onde veio, como se desenvolveu, como funciona e se organiza o sistema de saúde vigente no país, no qual irá atuar. Assim como seria no mínimo desejável que este mesmo profissional pudesse usufruir dos serviços do sistema de saúde como ambiente prioritário para as práticas de estágio curricular. Para isto, é necessário que as IES e os serviços de saúde estabeleçam e fortaleçam parcerias de ações conjuntas para benefícios próprios, dos estudantes, dos profissionais, e principalmente, para benefício da população.

REFERÊNCIAS

- Aguilar-da-Silva, R.H. (2010). Avaliação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática do curso de fisioterapia. *Revista e-curriculum*, 5 (2), Recuperado em 13 de maio, 2013, de <http://revistas.pucsp/index.php/curriculum>.
- Araújo, D., Miranda, M.C.G., Brasil, L.S. (2007). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31 (1), 20-31.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, J.A.C. (2002). Pensando o Processo Saúde Doença: A que Responde o Modelo Biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11 (1), 67-84.
- Bedin, D.M., & Scarparo, H.B.K. (2011). Integralidade e saúde mental no SUS à luz da Teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicologia: teoria e prática*, 13 (2), 195-208.
- Bispo Jr, J.P. (2009). Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 16 (3), 655-668.
- Bispo Jr, J.P. (2010). Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (1), 1627-1636.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES]. Recuperado em 11 de maio, 2013, de <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> .
- Brasil, A. C. O., Brandão, J.A.M., Silva, M.O.N., Gondim Filho, V.C. (2005). O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do Município de Sobral-Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (1), 3-6.
- Brasil. (1969). *Decreto-lei n. 938*, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

Brasil. (1975). *Lei 6.316*, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

Brasil. (1987). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

Brasil. (1990). Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Brasil. (1996). *Resolução MS/CNS n.196* de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília:DF.

Brasil. (2001a). *Parecer CES/CNE n. 583*, de 4 de abril de 2001. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Brasília: Ministério da Educação. Recuperado em 9 de julho, 2011, de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583/pdf> .

Brasil. (2001b). *Parecer CES/CNE n.1.210*, de 7 de dezembro de 2001. Diretrizes Curriculares nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Brasília: Ministério da Educação. Recuperado em 10 de maio, 2013, de http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf .

Brasil. (2002a). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2002b). Resolução CNE/CES n. 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial da União*, seção 1, 11.

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [INEP]. Nota Técnica de 1 de junho de 2011. *Reformulação dos instrumentos de*

avaliação dos cursos de graduação da educação superior para operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Brasília:DF.

Brasil. (2011). Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Indicadores de Instituições e Cursos*. Recuperado em 24 de novembro, 2011, de <http://portal.inep.gov.br/visualizar>.

Camargo Jr, K.R. (2010). Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: R. Pinheiro, R.A Mattos (Orgs.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (5ª Ed). Rio de Janeiro: CEPESC, 37-46.

Caregnato, R.C.A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (4), 679-684.

Ceccim, R.B. (2008). A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência e Saúde*, 1 (1), 9-23.

Ceccim, R.B., & Carvalho, Y.M. (2011). Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: R. Pinheiro, R.B.Ceccim, R.A. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (2ª Ed). Rio de Janeiro: CEPESC, 69-92.

Ceccim, R.B., & Feuerwerker, L.C.M. (2004a). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 4 (1), 41-65.

Ceccim, R.B., & Feuerwerker, L.C.M. (2004b). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1400-1410.

Cecílio, L.C.O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8ª Ed). Rio de Janeiro: CEPESC, 117-130.

Costa, A.M. (2004). A integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 5-15.

Creswell, J.W. (2007). *Projeto de Pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto* (2ª Ed). Porto Alegre: Artmed.

Cyrino, E.G., & Toralles-Pereira, M.L. (2004, maio/junho). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (3), 780-788.

Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: D. Czeresnia, C.M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 39-53.

Delai, K. D.; Wisniewski, M. S. W. (2011). Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (1), 1515-1523.

Deslauriers, J.P; Kerisit, M. (2008). O delineamento de pesquisa qualitativa. In: J.,Poupart, et al. *A pesquisa qualitativa - enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes.

Direesnack, M., Sousa, V.D., Mendes, I.A.C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (5). Recuperado em 11 de maio, 2013, de www.eerp.usp.br/rlae.

Faria, H.P., Werneck, M.A.F., Santos, M.A., Teixeira, P.F. (2009). *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG.

Ferreira, R.C., Fiorini, V.M.L., Crivelaro, E. (2010). Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (2), 207-215.

Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (3), 743-752.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, E.P. (2012). As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. *Journal of Management and Primary Health Care*, 3 (2), 158-178.

Franco, T.B., & Merhy, E.E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidados em saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 151-163.

Fraser, M.T.D., Gondim, S.M.G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paideia*, 14 (28), 139-152.

Freire, P. (2008). *Pedagogia do oprimido* (47 ed). Rio de Janeiro:Editora Paz e Terra.

Freitas, M.S. (2006). *A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Gomes, R., Francisco, A.M., Tonhom, S.F.R., Costa, M.C.G., Hamamoto, C.G., Pinheiro, O.L., et al. (2009). A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 13 (28), 71-83.

Gonze, G.G., & Silva, G.A. (2011). A integralidade na formação dos profissionais da saúde: tecendo valores. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21 (1), 129-146.

Heidman, I.T.S.B., Almeida, M.C.P., Boehs, A.E., Wosny, A.M., Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 15 (2), 352-358.

Iervolino, S.A.; Pelicione, M.C.F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35 (2), 115-121.

Macedo, A.R., Trevisan, L.M.V., Trevisan, P., Macedo, C.S. (2005). Educação superior no século XXI e a Reforma Universitária Brasileira. *Ensaio: avaliação de políticas públicas educação*, 13 (47), 127-148.

Machado, M.F.A.S., Monteiro, E.M.L.M., Queiroz, D.T., Vieira, N.F.C., Barroso, M.G.T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2), 335-342.

Marães, V.R.F.S, Martins, E.F., Cipriano Jr, G., Acevedo, A.C., Pinho, D.L.M. (2010). Projeto pedagógico do curso de fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisioterapia em Movimento*, 23 (2), 311-321.

Mattos, D. (2006). *As Novas Diretrizes Curriculares e a Integralidade em Saúde: uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Mattos, R.A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, 20 (5), 1411-1416.

Mattos, R.A. (2009). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8ª Ed). Rio de Janeiro: CEPESC, 43-68.

Mattos, R.A. (2010). Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (5ª Ed). Rio de Janeiro: CEPESC, 47-61.

Mendes, I.A.C. (2004). Desenvolvimento e saúde; a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12 (3), 447-448.

Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8ªEd). São Paulo: Hucitec.

Mitre, S.M., Siqueira-Batista, R., Girardi de Mendonça, J.M., Morais-Pinto, N.M., Meirelles, C.A.B., Pinto-Porto, C., et al. (2008) Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (2), 2133 – 2144.

Nascimento, M. C., Sampaio, R.F., Salmela, J.H., Mancini, M.C., Figueiredo, M.N. (2006). A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (2), 241-247.

Naves, C.R.; & Brick, V.S. (2011). Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (1), 1525-1534.

Neves, L. M. T., & Aciole, G. G. (2011). Desafios da Integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde Coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (37), 551-564.

Nogueira-Martins, M.C.F. (2006). Formação: Saberes e Fazeres Humanizados. *Boletim da Saúde*, 20 (2), 109-118.

- Oliveira, I.C., & Balard, C.R. (2013). Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva. *Saúde e Transformação Social*, 4 (1), 69-72.
- Pagliosa, F.L., & Da Ros, M.A. (2008). O Relatório Flexner: para o mal e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4), 492-499.
- Paim, J.S. (2001). Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. (notas para discussão) *Seminários Temáticos Permanentes*. ANVISA/ ISC-UFBA, Brasília:DF.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, J., Macino, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: Saúde no Brasil. *The Lancet*, 377 (1), 11-31. Recuperado em 01 de dezembro, 2011, de <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
- Perim, J.L., Abdalla, I.G., Aguilar-da-Silva, R.H., Lampert, J.B., Stella, R.C.S., & Costa, N.M.C.S. (2009). Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (1), 70-82.
- Pinheiro, R. (2009). Integralidade em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Recuperado em 8 de setembro, 2012, de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#topo> .
- Pires, M.R.G.M., Gottens, L.B.D., Martins, C.M.F., Guilhem, D., Alves, E.D. (2007). Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (1), 1009-1019.
- Pontes, A.L., Rego, S., Silva Jr, A.G. (2006). Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30 (2), 66-75.
- Pontes, A.L.M., Silva Jr, A.G., Pinheiro, R. (2011). Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: R. Pinheiro, R.B.Ceccim, R.A. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (2ª Ed). Rio de Janeiro: CEPESC, 251-276.
- Reis, J. (1999). Concepções médicas: da antiguidade ao modelo biomédico actual. In: *O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja, 15 - 52.

Ribeiro, E.M., Pires, D., Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 438-446.

Rodrigues, R.M. (2008). A Fisioterapia no contexto da política saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Revista Perspectivas online*, 2 (8), 104-109.

Roquette, F.F., Amorim, M.M.A., Barbosa, S.P., Souza, D.C.M., Carvalho, D.V. (2012). Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2 (3), 463-474.

Santos, N.R. (2008). Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (2), 2009-2018.

Signorelli, M.C., Israel, V.L., Corrêa, C.L., Motter, A.A., Takeda, S.Y.M., Gomes, A.R.S. (2010). Um projeto político-pedagógico de Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioterapia em Movimento*, 23 (2), 331-340.

Silva, D. J., & Da Ros, M.A. (2007). Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (6), 1673-1681.

Silva, I.D.; & Silveira, M. F. A. (2011). A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (1), 1535-1546.

Somera, E.A.S; Junior, R.S; Rondina, J.M.(2010). Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 17 (2), 102-108.

Teixeira, C.F. (2003). Ensino da saúde coletiva na graduação. *Associação Brasileira de Educação Médica*. Recuperado em 12 de julho, 2011, de www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno1/carmem_.pdf.

Teixeira, R.C. (2010). *Projeto Pedagógico dos cursos de Fisioterapia da região Norte à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais: (dês)caminhos da aderência, potencialidades e fragilidades*. Tese de Doutorado. Departamento de Educação, PUC-Rio, Rio de Janeiro.

Tesser, C.D., & Luz, M.T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde coletiva*, 13 (1), 195-206.

Vieira, V.A. (2002). As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. *Revista da FAE*, 5 (1), 61-70.

Vogt, M.S.L. (2006). *Os princípios andragógicos no contexto do processo ensino-aprendizagem da fisioterapia*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

ANEXOS

ANEXO A – Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação de Fisioterapia

**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR****RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.(*)****Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.**

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

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

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

Art. 3º O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético- funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

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

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

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

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

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

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

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

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

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

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

V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI - realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético- funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII - elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

IX - desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X - emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII - manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII - encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV - manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

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

XVI - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII - seus diferentes modelos de intervenção.

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

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

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

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

III - Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes à pesquisa e à prática clínica fisioterapêutica; e

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

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

Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

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

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a

formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

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

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

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

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

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

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

I - as atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas);

II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta; e

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

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

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

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

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

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO B- Termo de Concordância das Instituições de Ensino Superior

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O(a) **Coordenador(a) do curso de Fisioterapia da Instituição de Ensino** _____, está de acordo com a realização, neste departamento, da pesquisa **“As necessidades do SUS e a formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade”**, de responsabilidade da pesquisadora Samira Mendonça de Almeida, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve **realização de grupo focal com acadêmicos do curso de fisioterapia**. Tem duração aproximada de três meses, com previsão de início para novembro/2012.

Brasília, ____ / _____ / _____

Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia: _____

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____

Assinatura

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os estudantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - 1

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde já fica garantido o sigilo de todas as informações. E em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

O título do projeto é **“As necessidades do SUS e a formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade”**, cuja pesquisadora responsável é **Samira Mendonça de Almeida** (Mestranda em Ensino na Saúde – UnB). Para informações, os telefones para contato são **(61) 8129-5822 ou (34) 3543-5822**. A Orientadora é a Profa. Dra. Patricia Maria Fonseca Escalda, da Faculdade de Ceilândia (UnB). Telefone para contato: (61) 8213-5783. A Instituição Proponente da pesquisa é a Secretaria de Atenção à Saúde da SES/DF (onde serão divulgados os dados e providenciadas publicações). Este projeto foi Aprovado pelo **Comitê de Ética da FEPECS/SES/DF**. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: **(61) 3325-4955**.

O objetivo da pesquisa é analisar se a formação do fisioterapeuta no contexto do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal conduz à integralidade da assistência destes profissionais. Trata-se de um estudo exploratório, onde será realizada uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa) dos dados coletados, que beneficiará o entendimento da formação em Fisioterapia e contribuirá com a estruturação pedagógica e atuação profissional da mesma.

A sua participação será através de um grupo focal que será realizado em um único encontro em local e data combinados previamente. O tempo estimado de duração é de aproximadamente 60 minutos.

A previsão de riscos ou desconfortos oriundos desta pesquisa é mínima e de natureza psicológica. Caso ocorra, é garantido tratamento psicológico gratuito ao participante. Garantimos o sigilo dos participantes quanto à identidade e dados confidenciais envolvidos. Você pode se recusar a participar ou responder qualquer questão que lhe provoque eventuais constrangimentos, bem como desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo sem nenhum prejuízo para você. Lembre-se de que os dados e materiais utilizados ficarão sob a guarda exclusiva da pesquisadora responsável. Caso tenha interesse em receber informações sobre os resultados desta pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Samira Mendonça de Almeida.

Local e data _____, ____/____/____ Instituição _____

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

ANEXO D – Roteiro para realização dos Grupos Focais

TEMÁRIO GRUPO FOCAL**OBJETIVO DA PESQUISA:**

Identificar as percepções, opiniões de estudantes de Fisioterapia em relação à integralidade da assistência e o processo formativo para atuação no SUS, contribuir com o debate acerca do ensino em Fisioterapia frente ao desafio da integralidade do cuidado no âmbito do SUS.

PREPARATIVOS:**-Material que deve ser levado para os grupos focais:**

Coordenador: temário, TCLEs (Termos de Consentimento Livre e Esclarecido), gravadores, pilhas. Folhas coloridas e fita crepe para afixar o nome ou pseudônimo dos participantes. Cartaz com o tema: “INTEGRALIDADE DO CUIDADO!!!”.

Assistente: temário.

ANTES DE COMEÇAR O GRUPO FOCAL, JÁ COM A PRESENÇA DOS PARTICIPANTES:

- 1) Iniciar agradecendo a presença e fazer apresentação da equipe de pesquisa
- 2) Esclarecer os objetivos da pesquisa e como se dará a participação.
- 3) Distribuição do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), leitura e assinatura.

DURANTE A ATIVIDADE:**Coordenador do grupo, iniciando a atividade:**

- Pedir para falarem alto e um de cada vez, para que as idéias sejam registradas de forma clara. Explicar que a gravação é um registro necessário e lembrar que será observado o sigilo, de acordo com o TCLE e que, portanto, podem falar o que desejarem. Pedir para evitarem conversas entre si, lembrando que qualquer barulho além da voz pode interferir na gravação.

- Pedir aos assistentes para que os gravadores sejam ligados e iniciar as gravações: “Estamos iniciando agora o grupo focal X, no dia tal, no local tal, e estão presentes tal coordenador e tais assistentes e tantos participantes. Iniciamos às tantas horas, após a leitura do TCLE.

- Solicitar aos participantes que se apresentem dizendo o nome ou pseudônimo pré-determinado, a idade, o período que está cursando na universidade e um breve relato de suas experiências no âmbito da Saúde Coletiva (estágios curriculares e extra-curriculares, trabalhos, formações anteriores, etc).

- Em seguida o tema geral, escrito em um cartaz, é colocado no centro da mesa ou em outro lugar que fique visível durante toda a atividade e para auxiliar o coordenador a retomar o tema quando for necessário. **SÓ SERÁ COLADO PELO ASSISTENTE QUANDO FOR FALADA EM VOZ**

ALTA A QUESTÃO aos participantes, para que eles não preparem a resposta ou não comentem entre si antes e percamos coisas importantes do que estiverem falando.

GRUPOS FOCAIS: QUESTÕES GERAIS E PERGUNTAS DE RELANCE

Questão geral (questão que será escrita no cartaz):

“INTEGRALIDADE DO CUIDADO!!!”

Questões de relance (apresentadas preferencialmente quando ocorrer certa aproximação em relação ao assunto ou, em último caso, se não tocarem no assunto):

1) IDENTIFICAR AS PERCEPÇÕES, OPINIÕES DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA EM RELAÇÃO À INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA/ DO CUIDADO.

a) Para vocês o que é integralidade?

- O que vem à sua cabeça?

- O que pensa a respeito?

b) O que significa um atendimento integral?

- Poderia dar exemplos?

c) O que não seria um atendimento integral?

- Poderia dar exemplos?

d) Como a integralidade do cuidado é colocada em prática pelo fisioterapeuta?

e) Quais os fatores que auxiliam e dificultam a integralidade do cuidado?

2) INTEGRALIDADE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Formação: Aulas na graduação, Cursos extracurriculares, Estágios curriculares e extracurriculares, Seminários, congressos e eventos científicos, dentre outros:

a) Como é a organização do curso? (teoria e prática, estágios, disciplinas...)

- Vocês têm momentos de interdisciplinaridade? Como são?

b) Como percebem a formação em saúde para a integralidade do cuidado?

- Como a universidade prepara os estudantes para atuar nessa perspectiva

c) Durante a graduação participou de alguma discussão de temas voltados para a integralidade do cuidado?

- Se sim, quais? (EXPLORAR)

- Como o tema foi abordado?

3) FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA PARA ATUAÇÃO NO SUS

- a) Em sua opinião, qual o papel do fisioterapeuta no SUS?
- b) E na Atenção Básica, especificamente?
- c) Como percebem a formação universitária para a atuação no SUS?

- Sente-se preparado para atuação no SUS?

d) Se pudesse modificar algo em sua formação acadêmica, o que mudaria? Explorar as justificativas.

Concluir abrindo a palavra para que o grupo expresse algo que não foi perguntado ou problematizado.

Agradecer a participação de todos e informar que após análise dos dados receberão uma cópia via email do trabalho.

ANEXO E – Roteiro para realização das entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FISIOTERAPEUTAS

Nome:

Instituição de graduação:

Ano de conclusão de graduação:

- 1- Conte-me como foi sua formação acadêmica.
organização das aulas entre prática e teoria;
estágios curriculares e extracurriculares;
direcionamento para alguma área específica;
- 2- Descreva sua trajetória profissional até agora.
experiências vividas desde a formação até o vínculo de hoje.
- 3- O que o(a) motivou a trabalhar na Atenção Básica á Saúde?
- 4- Você se sentiu preparado para atuar na Atenção Básica? Como foi?
explorar a questão de formação, treinamento e formação em serviço;
- 5- Como você percebe hoje o fisioterapeuta na Atenção Básica?
papel que representa na área, reconhecimento profissional, inserção em equipe;
- 6- O que você entende por “integralidade da assistência”?
- 7- A sua atuação explora toda a potencialidade do fisioterapeuta para a Atenção Básica?
Exemplifique.
- 8- Em sua opinião, o que poderia melhorar na formação do fisioterapeuta para sua atuação na Atenção Básica? Exemplifique.

ANEXO F – Termo de Concordância para as Regionais de Saúde da SES-DF

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O **Coordenador da Regional** _____, assim como a **Gerente do Centro de Saúde** _____, estão de acordo com a realização, nesta Unidade de Saúde, da pesquisa “**As necessidades do SUS e a formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade**”, de responsabilidade da pesquisadora Samira Mendonça de Almeida, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve **realização de entrevistas com servidores fisioterapeutas da SES/DF**. Tem duração aproximada de dois meses, com previsão de início para janeiro/2013.

Brasília, ____ / _____ / _____

Coordenador da Regional: _____

Assinatura

Gerente Unidade de Saúde: _____

Assinatura

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____

Assinatura

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os fisioterapeutas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - 2

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde já fica garantido o sigilo de todas as informações. E em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

O título do projeto é **“As necessidades do SUS e a formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade”**, cuja pesquisadora responsável é **Samira Mendonça de Almeida** (Mestranda em Ensino na Saúde – UnB). Para informações, os telefones para contato são **(61) 8129-5822 ou (34) 3543-5822**. A Orientadora é a Profa. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda, da Faculdade de Ceilândia (UnB). Telefone para contato: (61) 8213-5783. A Instituição Proponente da pesquisa é a Secretaria de Atenção à Saúde da SES/DF (onde serão divulgados os dados e providenciadas publicações). Este projeto foi Aprovado pelo **Comitê de Ética da FEPECS/SES/DF**. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: **(61) 3325-4955**.

O objetivo da pesquisa é analisar se a formação do fisioterapeuta no contexto do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal conduz à integralidade da assistência destes profissionais. Trata-se de um estudo exploratório, onde será realizada uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa) dos dados coletados, que beneficiará o entendimento da formação em Fisioterapia e contribuirá com a estruturação pedagógica e atuação profissional da mesma.

A sua participação será através de uma entrevista que será realizado em um único encontro em local e data combinados previamente. O tempo estimado de duração é de aproximadamente 50 minutos.

A previsão de riscos ou desconfortos oriundos desta pesquisa é mínima e de natureza psicológica. Caso ocorra, é garantido tratamento psicológico gratuito ao participante. Garantimos o sigilo dos participantes quanto à identidade e dados confidenciais envolvidos. Você pode se recusar a participar ou responder qualquer questão que lhe provoque eventuais constrangimentos, bem como desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo sem nenhum prejuízo para você. Lembre-se de que os dados e materiais utilizados ficarão sob a guarda exclusiva da pesquisadora responsável. Caso tenha interesse em receber informações sobre os resultados desta pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Samira Mendonça de Almeida.

Local e data _____, ____/____/____ Instituição _____

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

ANEXO H – Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/FEPECS/SES-DF

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: As necessidades do SUS e a formação do fisioterapeuta sob a perspectiva da integralidade.

Pesquisador: Samira Mendonça de Almeida

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06088612.6.0000.5553

Instituição Proponente: Centro de Saúde nº 02 Gama/DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Correção texto Apresentação do projeto do parecer substanciado

Justificativa: Solicito correção do texto Apresentação do Projeto do parecer substanciado.

Data do Envio: 09/04/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 251.187

Data da Relatoria: 22/04/2013

Apresentação da Notificação:

Foram realizadas as adequações solicitadas.

Objetivo da Notificação:

Ao longo dos últimos 20 anos o desenvolvimento e transformações históricas do sistema de saúde brasileiro, com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciou grandes avanços no acesso aos serviços e cuidados de saúde pela população por meio, principalmente, de programas direcionados à Atenção Básica à Saúde (ABS). No entanto, a ampliação da área de atuação da fisioterapia ocorrida nos últimos anos deu-se, majoritariamente, no nível terciário (hospitalar) de assistência à saúde.

Foram atendidas as solicitações





BRASILIA, 22 de Abril de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br