

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia.

Edição n. 3, v. 2, 2015



ABENFISIO

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

Editores Chefes

Vera Maria da Rocha, Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil, Brasil
Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Editores Adjuntos

Arthur de Almeida Medeiros, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Mara Lílian Soares Nasralla, Universidade de Cuiabá, Brasil
Renata Hyde de Hasue, Universidade de São Paulo, Brasil

Editor de Assuntos Internacionais

Carolina Fu, Universidade de São Paulo, Brasil

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Albert Schiaveto Souza, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Alcindo Antonio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Alessandro Diogo De-Carli, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Alex Branco Fraga, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Alexandre Simões Dias, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Aline Guerra Aquilante, Brasil
Ana Carolina Basso Schmitt, Universidade de São Paulo, Brasil
Ardigó Martino, Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorigo, Universitat de les Illes Balears, Espanha
Carmem Lúcia Colomé Becki, Universidade Federal de Santa Maria
Carolina Fu, Universidade de São Paulo, Brasil
Celita Salmaso Trelha, Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Cervantes Caporossi, Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil
Cleusa Santos, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Denise Bueno, Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Faculdade de farmácia, Brasil
Dirce Shizuko Fujisawa, Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Elias Nasralla Neto, Universidade de Cuiabá, Brasil
Emerson Elias Merhy, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisco Barbosa, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil
Eva Maria Lantarón Caeiro, Faculdade de Fisioterapia Campus de Pontevedra, Espanha
Giovanni Aciole, Universidade Federal de São Carlos
Izabel Coelho, Centro Universitário Pequeno Príncipe
João Henrique Lara Amaral, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Juliana Veiga Cavalcanti, Instituto Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Julio César Schweickardt, FIOCRUZ Amazonas, Brasil
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Universidade Federal da Paraíba
Laura Serrant Green, University of Wolverhampton
Lílian Lira Lisboa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Luciana Carrupt Machado Sogame, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Brasil
Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Marco Akerman, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
Maria Alice Junqueira Caldas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil
Maria do Horto Fontoura Cartana, Brasil
Maria Paula Cerqueira, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maria Terezinha Antunes, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
Renata Hyde de Hasue, Universidade de São Paulo, Brasil
Vera Maria da Rocha, Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Revisor de Língua Portuguesa

Manuela Lagos Leite
Wanderson Ferreira da Silva

Revisor de Língua Estrangeira

Ana Luísa Moreira Nicolino
Wanderson Ferreira da Silva

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Beccon de Almeida Neto

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Publicação

Editora Rede UNIDA



Sumário

EDITORIAL

Francisca Rêgo Oliveira de Araújo.....5

ARTIGO ORIGINAL

A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO USUÁRIOS

Lays Ariane Teixeira dos Santos, Renato da Costa Teixeira.....7

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O MODELO BIOPSISSOCIAL ENTRE SUPERVISORES DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA: ESTUDO QUALITATIVO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Shamyr Sulyvan de Castro, Yuri Hamirani Gonçalves da Silva, Camila Ferreira Leite, Valdes Roberto Bollela.....23

FISIOTERAPIA ALÉM DAS ESPECIALIDADES: CONHECIMENTO DO ALUNATO SOBRE A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM SAÚDE COLETIVA

Elizabeth Leite Barbosa, Tiago Pinheiro Vaz de Carvalho, Miburge Bolívar Gois Júnior, Karina Conceição Gomes de Araújo.....39

GRUPO DA COLUNA NA ATENÇÃO BÁSICA

Patrícia Thurow Bartz, Aline Felício Bueno, Adriane Vieira.....53

ENSAIO TEÓRICO

REFLEXÕES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS DE AGRAVOS À SAÚDE

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá, Carla Trevisan Martins Ribeiro, Paula Thomazinho de Almeida, Nicolette Celani Cavalcanti, Fabiano Luiz dos Santos.....67

RELATO DE EXPERIÊNCIA

LA FORMACIÓN EN SALUD PUBLICA EN LA UNIVERSIDAD DE GRANADA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD FAMILIAR

João José Batista de Campos, Francisco Torres González, Regina Melchior, Manuel Gurpegui Fernández de Legaria, Arthur Vizzotto Zolin, Gabriela Cristine Queiroz Maria, Maria Soledad Quesada Muñoz.....79

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rubiana Gambarim da Silva.....91

RESUMO DE TESE

CAMINHOS DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: O CENÁRIO DA 3ª COORDENADORIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Cristina Dutra Ribeiro.....93

EDITORIAL

A realidade social, cultural e econômica, somada a realidade da educação, da saúde e o lugar do estudante, do professor, do gestor, do profissional e do usuário revela uma realidade, que mesmo em face a tanta ciência e tecnologia, ainda suscita atitudes cuidadosas à equidade, dadas as influências das políticas e das ameaças constantes aos direitos constitucionais, humanos e de seguridade social, no cotidiano das sociedades.

Pensar a saúde em meio a um cenário mundial de adoecimento reafirma a importância de ampliar-se o debate acerca dos modelos de formação, de atenção e de gestão. Distintas situações reveladas por pesquisas clínicas, humanas e sociais, bem como por relatos de experiências de profissionais, usuários e cuidadores, estão presentes em diferentes e inúmeros espaços. Todos esses espaços visam contribuir para mudanças em direção à melhora da qualidade na oferta de serviços de saúde e de educação.

O Caderno de Educação, Saúde e Fisioterapia da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO, é um desses espaços. É com alegria que observamos o seu crescimento e fortalecimento, e informamos que recentemente foi indexado nas bases Diadorin e Latinex.

Os seis artigos desta edição imprimem retratos da saúde no Brasil e Europa, apresentando uma rede de saberes e fazeres em fisioterapia e em saúde, bem como traz para cena o debate da formação e do cuidado. Os artigos aqui publicados permitem a reflexão acerca da realidade da atuação, da oferta de serviços e das possibilidades de ampliação desta oferta, como observado no artigo *A atuação do fisioterapeuta na estratégia saúde da família segundo usuários*. A discussão acerca do fazer fisioterapêutico junto aos usuários nos permite perceber quão importante é harmonizar o alívio ou redução da dor crônica, a funcionalidade, e a (re)educação postural, por meio de atividades de educação em saúde, com potência para interferir no processo saúde-doença e contribuir para a melhora da qualidade de vida destes, como observado em *Grupo de coluna na Atenção Básica*. Os estudantes também imprimem suas percepções sobre o papel da Fisioterapia na rede pública de saúde, não dissociada da preparação e qualificação, como destacado em *Fisioterapia além das especialidades: conhecimento do alunato sobre a inserção do fisioterapeuta em Saúde Coletiva*. Indicadores sociodemográficos e de saúde e proposições de modelos de atenção à saúde de populações, dão o tom das mudanças que precisam ocorrer e, nesse aspecto, pensando a população infanto-juvenil do Brasil, há um convite às *Reflexões sobre a Rede de Atenção Especializada em Reabilitação de Crianças e Adolescentes com Condições Crônicas de Agravos à Saúde*, para o quê a teoria nos chama? Por fim, penso que os dois últimos artigos nos conduzem ao início de tudo, tudo que aqui ousa, sem parecer simplista, destacar que mudanças nos modelos de ensino,

nas técnicas de ensinagem e a garantia de educação permanente, são imprescindíveis e suscitam responsabilidades de caráter legal, ético, técnico e de humanização, como sinaliza *O processo saúde-doença e o modelo biopsicossocial entre supervisores de um curso de fisioterapia: estudo qualitativo em uma universidade pública*. Formar com qualidade e em observância aos pressupostos políticos, econômicos, sociais, biológicos, culturais e permeado por uma política de equidade, fazendo valer a realidade de saúde de família e de comunidade, está na agenda das políticas de educação e saúde. O quanto avançamos e o que podemos e devemos contar? Creio que *La Formación en Salud Pública en la Universidad de Granada y su relación con la Salud Familiar*, nos oportuniza dar mais um passo para fortalecer as iniciativas de mudanças, inquietar o suficiente para se permitir buscar outras possibilidades de fazer e, assegurar que o devir mantém viva a força e o potencial da mente... do corpo... da funcionalidade humana.

Assim, esta edição dos Cadernos de Educação, Saúde de Fisioterapia contribui para o imprescindível debate que busca pautar um modelo de formação à luz do fortalecimento do controle social, do respeito as diversidades socioculturais e ambientais, da valorização e fortalecimento da democracia. Estão em pauta também estratégias para fortalecer e defender um sistema de saúde público universal, integral e equânime em que a necessidade de saúde das pessoas esteja na centralidade do modelo de atenção à saúde.

Francisca Rêgo O. de Araújo

Professora titular da UnP e UNI-RN na área de Neurologia; Gestão; Saúde Coletiva e Ação Comunitária. Coordenadora da ABENFISIO (Gestão 2014-2017)

A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO USUÁRIOS

The role of the physical therapist in Family Health Strategy according to the users

Lays Ariane Teixeira dos Santos

Fisioterapeuta, Residente em Saúde da Família
Universidade do Estado do Pará

Renato da Costa Teixeira

Doutor. Docente do curso de Fisioterapia
Universidade do Estado do Pará

Endereço de Contato:

Lays Ariane Teixeira dos Santos
Travessa Rui Barbosa, 197
Nova Olinda, Castanhal-PA
CEP: 68742-360
E-mail: lays_ariane@yahoo.com.br

Resumo

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O fisioterapeuta vem, gradativamente, passando a atuar nessa área. Considerando a importância da compreensão dos usuários a respeito da atuação do fisioterapeuta, o objetivo do presente estudo foi analisar o nível de conhecimento de usuários da Estratégia Saúde da Família de São Francisco do Pará sobre a abrangência da atuação da Fisioterapia. Tratou-se de um estudo quantitativo, realizado no município de São Francisco do Pará com usuários de duas Estratégias Saúde da Família. Foi utilizado um questionário com 30 perguntas fechadas. Os resultados demonstraram que os usuários apresentam conhecimento sobre o que é a fisioterapia, embora ainda a vejam como reabilitação, restringindo seu leque de possibilidades. Acredita-se que o desconhecimento da população a respeito da atuação do fisioterapeuta, como demonstrado nesta pesquisa, é um importante fator que limita o acesso da comunidade a esses serviços.

Diante desse contexto, esta pesquisa buscou contribuir para que novos caminhos abrissem e despertassem o interesse de novos estudos para discutir a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica não somente direcionado ao profissional, mas também aos acadêmicos e futuros profissionais.

Palavras-chave: Fisioterapia. Saúde da Família. Conhecimento.

Abstract

The Primary Health Care is characterized by a set of health actions at individual and collective level, which covers the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and health maintenance. The physical therapist is gradually starting to act in this area. Considering the importance of the understanding of the users regarding the role of the physical therapist, the purpose of this study was analyze users' level of knowledge of the Family Health Strategy in the city of São Francisco do Pará on the scope of physical therapy's action. It was a quantitative study conducted in the city of São Francisco do Pará, with users of two Family Health Strategies. We used a questionnaire with thirty questions. The results show that users have knowledge about what physical therapy is but they still see it as rehabilitation, restricting the range of possibilities. We believe the unfamiliarity of the population with the action of the physical therapist, as demonstrated in this study, is an important reason for limiting community access to these services. Before such context this

research sought to contribute to the eruption of new studies to discuss the role of the physical therapist in Primary Health Care, not only directed to the professional, but also to students and future professionals.

Keywords: Physical Therapy. Family Health. Knowledge.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro, que surgiu no ano de 1988 com o objetivo de garantir saúde como direito do cidadão e dever do Estado^{1,2}.

O SUS adotou a designação Atenção Básica (AB) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde³. A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde⁴.

Entre as estratégias desenvolvidas para atingir esse objetivo, foi criado, na década de 1990, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) para reorientar o modelo assistencial no Brasil, atuando nos

três níveis de aplicação de medidas preventivas — primário, secundário e terciário —, dando enfoque à atenção familiar como unidade de atividade programática, e não somente ao indivíduo, apresentando um modelo assistencial baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde tanto de adultos quanto de crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, em concordância com as diretrizes estabelecidas pelo SUS^{5,6}.

A Fisioterapia vem crescendo na área de atenção à saúde básica, no entanto, ainda há muito a se construir⁷. Apesar desse crescimento, cabe destacar que a ausência de fisioterapeutas nas Estratégias Saúde da Família (ESFs) é uma realidade em grande parte do Brasil, onde as Unidades de Saúde da Família contam apenas com os profissionais da equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde⁸.

Com a inserção do fisioterapeuta, bem como de outros profissionais de saúde, nos programas de saúde pública, especialmente na ESF, poderia ser melhorada a eficiência na prestação de atendimento à população e serem resolvidos os problemas desse sistema, por meio de uma equipe qualificada e capaz de promover a saúde em todos os níveis abrangentes.

Experiências isoladas em algumas regiões brasileiras demonstram que a inserção de Fisioterapia na ESF aprofunda e enriquece a saúde da

população⁹. A presença do profissional fisioterapeuta no campo de saúde pública, deixando seu local tradicional de atuação — o consultório, o ambulatório, o hospital, e a clínica — para atender clientela especiais que necessitam de atendimento em seu próprio domicílio, traduz-se em um novo modelo de atenção que favorece a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da população coletiva¹⁰.

São vários os obstáculos que ainda impedem essa ampliação do campo de atuação do fisioterapeuta. Dentre eles, destaca-se a não procura do serviço de Fisioterapia pela população. Devido a aspectos socioculturais, a população, muitas vezes, só recorre à Fisioterapia por necessidades consideradas urgentes e imediatas, tais como sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou dor lombar aguda¹¹. Esse fato desvaloriza o esforço e o investimento em ações de promoção da saúde, cujo resultado só é reconhecido em longo prazo e dificulta a concretização do princípio de integralidade da atenção.

Cabe destacar que, nesse nível de atenção à saúde, o fisioterapeuta pode orientar a postura de criança, jovens, idosos e gestantes, além de desenvolver cuidados de prevenção com indivíduos diabéticos, hipertensos e outras doenças crônicas, entre outras ações¹².

No estudo desenvolvido por Brasil¹⁰, foi demonstrado que o desconhecimento a respeito da atuação do fisioterapeuta é motivo de limitação

do acesso da comunidade ao serviço de Fisioterapia na ESF. Diante disso, vale ressaltar a necessidade de saber o nível de conhecimento sobre atuação do fisioterapeuta entre os usuários da ESF do município de São Francisco a fim de dar subsídios para ações de conscientizar os profissionais da área de saúde e a sociedade sobre a relevância do fisioterapeuta como agente de saúde, e buscar contribuir no sentido de abrir caminhos e despertar o interesse de novos estudos para discutir a atuação do fisioterapeuta na atenção básica, como possibilidade de promover melhorias na qualidade da assistência e garantir a saúde como direito social fundamental da pessoa humana.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo quantitativo com aplicação de questionário baseado no estudo de Aguiar usada em sua dissertação, sendo adaptada pelos pesquisadores. Aguiar¹³ avaliou o grau de conhecimentos de profissionais de saúde sobre a atuação do fisioterapeuta. Nosso questionário foi dividido em três seções e constou de 30 perguntas adaptadas para os usuários da ESF.

A primeira seção abordou as características sociodemográficas dos usuários; a segunda, a necessidade de outro profissional na unidade de saúde, assim como a presença do fisioterapeuta na unidade; enquanto a terceira, o conhecimento dos usuários sobre a atuação do fisioterapeuta, constando

de afirmativas nas quais o participante deveria optar por uma de três opções: verdadeiro, falso e não sei.

Os usuários eram abordados aleatoriamente na própria unidade, sendo convidados a participar do estudo e esclarecidos todos os procedimentos e dúvidas a respeito da pesquisa. Aqueles que aceitassem participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizavam o Miniexame do Estado Mental. Foram incluídos todos os usuários maiores de 18 anos, de ambos os sexos, independentemente de raça, e que obtiveram pontuação ≥ 15 no Miniexame de Estado Mental.

Foram abordados um total de 100 usuários, sendo excluídos 37, por não obterem a pontuação mínima no Miniexame de Estado Mental.

O estudo foi realizado com usuários de duas ESFs, no município de São Francisco do Pará, Estado do Pará, que pertence à mesorregião do Nordeste Paraense. A entrevista se deu no período de junho a julho de 2014, no turno matutino, de segunda a quinta-feira.

Os dados foram consolidados em uma planilha do Excel e, posteriormente, utilizados na estatística descritiva para apresentar os resultados por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%), valores mínimos e máximos, média aritmética e respectivo desvio padrão, tendo sido utilizado o *software* BioEstat 5.0.

Todos os participantes foram estudados segundo os preceitos da

declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CEP-CCBS), CAAE 30217614.0.0000.5174, sob o parecer nº 656.944, de 28 de abril de 2014.

A realização desta pesquisa foi autorizada pela Secretária de Saúde de São Francisco do Pará, responsável pelas ESFs abordadas neste estudo.

RESULTADOS

Para facilitar a compreensão, os resultados são apresentados na sequência das seções: características sociodemográfica dos entrevistados, necessidade de outros profissionais na unidade de saúde segundo os usuários e conhecimentos dos usuários em relação à atuação do fisioterapeuta.

Características sociodemográficas

Dos 63 entrevistados, verificou-se predominância do sexo feminino (49), correspondendo a 77,77%. A idade média foi de $36,7 \pm 12,1$ anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 73 anos. Mais da metade dos entrevistados (66,49%) estavam na faixa etária dos 26 aos 45 anos. Quanto à cor/raça, a mais autorreferida por 74,6% dos entrevistados foi a parda.

Em relação à escolaridade dos entrevistados, 34,92% possuem ensino médio, 19,04% ensino fundamental, 17,46% ensino fundamental incompleto, 14,28% ensino médio incompleto, 6,34% nível superior, 4,76% especialização e 3,17% nível superior em andamento.

Em relação à profissão dos entrevistados, as respostas foram agrupadas nas seguintes categorias de acordo com as respostas: dona do lar, agricultor, doméstica, servidor público e outros.

A categoria “outros” incluiu as seguintes ocupações: professor, pintor, mestre de obra, artesã, ajudante de pedreiro, aposentado, autônomo, operador de caixa, costureira, serviços gerais, eletricista e estudante.

A ocupação mais citada foi dona do lar (14), correspondendo a 22,22%, seguida por agricultores (9), correspondendo a 14,28%, e domésticas (7) correspondendo a 11,11%.

Necessidade de outro profissional na unidade de saúde

Quando questionado sobre a necessidade de inclusão de outros profissionais na Unidade de Saúde, 92,06% dos entrevistados consideraram que há necessidade. Na Tabela 1, é possível verificar que, segundo os usuários entrevistados, o programa de controle de doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar são os programas em que mais se precisa de outro profissional.

Tabela 1: Opinião dos usuários sobre em qual programa é necessária a inclusão de novos profissionais de saúde.

Em qual programa é necessária a inclusão de novos profissionais de saúde	N	%
Tratamento para hanseníase	0	0%
Pré-natal	0	0%
Tratamento para tuberculose	1	1,58%
Acompanhamento de Hipertensos	1	1,58%
Acompanhamento de diabéticos	3	4,76%
Saúde Mental	6	9,52%
Atenção ao Crescimento e Desenvolvimento Infantil	8	12,69%
Saúde Bucal	8	12,69%
Planejamento Familiar	14	22,22%
Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis	17	26,98%
Não responderam	5	7,93%

Fonte: Pesquisa de campo

Quando perguntados qual seria esse profissional, o médico foi o mais citado (53,96%), sendo incluídas algumas especializações, como: pediatra, cardiologista, ginecologista, obstetra e clínico geral. O fisioterapeuta foi citado apenas por 9 entrevistados (14,28%). Sendo os demais lembrados, o psicólogo, o assistente social e o dentista.

Os entrevistados foram ainda questionados sobre o que é a ESF, e 88,88% afirmaram não ter conhecimento do que ela é.

Ao serem questionados se há algum profissional fisioterapeuta trabalhando na Unidade de atendimento, apenas 42,85% dos entrevistados responderam que há o profissional fisioterapeuta na unidade, demonstrando que a presença desse profissional é desconhecida por 57,15% dos entrevistados.

Ao serem perguntados em qual programa o fisioterapeuta atua, 69,84% não souberam informar, e 19,04% disseram que em nenhum programa, o que demonstra que nem todos os que responderam que há um fisioterapeuta na unidade sabem onde ele trabalha. Os demais citaram a atenção ao crescimento e desenvolvimento infantil (4,76%), o acompanhamento de hipertensos (3,17%) e saúde bucal (3,17%).

Quando questionados se era importante a inserção do profissional fisioterapeuta na ESF, 96,82% responderam que sim, e quando se perguntou se em algum momento já haviam precisado de fisioterapia, 55,55% responderam que não.

Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família em relação a atuação do fisioterapeuta

No questionário, essa seção era subdividida em três partes: aspectos legais da profissão, abrangência da atuação do fisioterapeuta e a possibilidade de atuação fisioterapêutica.

Aspectos legais da profissão

Na Tabela 2, podemos observar que os entrevistados demonstram ter o conhecimento a respeito dos aspectos legais da profissão fisioterapeuta.

Na afirmativa “o fisioterapeuta é uma profissional de nível de ensino médio”, 79,37% responderam que a afirmativa era falsa, demonstrando terem o conhecimento de que o fisioterapeuta é um profissional de nível superior.

Quanto à afirmação sobre “o tratamento fisioterapêutico só pode ser realizado pelo fisioterapeuta”, 77,78% dos entrevistados responderam afirmativa verdadeira, demonstrando saber que o tratamento fisioterapêutico só pode ser realizado por esse profissional.

No entanto, quando se afirma que “o fisioterapeuta deve apenas seguir a prescrição do médico, sem questionar ou mudar o tratamento”, observamos um equilíbrio nas respostas em que 39,68% afirmaram ser verdadeiro, 39,68% falso e 20,63% não souberam responder, demonstrando que os entrevistados não sabem se o fisioterapeuta tem autonomia ou não para prescrever o tratamento fisioterapêutico.

Tabela 2: Conhecimento dos usuários quanto aos aspectos legais da profissão, São Francisco do Pará, 2014.

Aspectos Legais	V		F		NS	
	N	%	N	%	N	%
O fisioterapeuta é um profissional que precisa apenas concluir o ensino médio (F)	4	6.35	50	79.37	9	14.29
O tratamento de fisioterapia só pode ser realizado pelo fisioterapeuta (V)	49	77.78	8	12.70	6	9.52
O fisioterapeuta deve apenas seguir a prescrição do médico, sem questionar ou mudar o tratamento (F)	25	39.68	25	39.68	13	20.63

V: verdadeira; F: falsa; NS: não sei
Fonte: Pesquisa de campo

Abrangência da atuação do fisioterapeuta

Em relação à abrangência da atuação do fisioterapeuta, podemos observar na Tabela 3 que os participantes não têm o domínio a respeito dessa abrangência, uma vez que das cinco afirmativas, em três a maior parte das respostas eram erradas.

No que se refere à atuação do fisioterapeuta apenas como um profissional de reabilitação, 57,14% afirmaram ser esta a área de atuação desse profissional, demonstrando que o fisioterapeuta ainda é visto como reabilitador pela amostra estudada.

Para 63,49% dos entrevistados, o fisioterapeuta pode atuar na atenção básica, e 88,89% entendem que pode trabalhar na ESF.

No entanto, entendem que a massagem é o principal recurso do fisioterapeuta, demonstrando que esses usuários ainda desconhecem o potencial dos recursos fisioterapêuticos. Já em relação ao atendimento do fisioterapeuta somente em casos de lesão e problemas de coluna, demonstraram que a atuação do fisioterapeuta é mais ampla do que simplesmente esses problemas.

Tabela 3: Conhecimento dos usuários quanto à abrangência da atuação do fisioterapeuta, São Francisco do Pará, 2014.

Abrangência da atuação do fisioterapeuta	V		F		NS	
	N	%	N	%	N	%
O fisioterapeuta atua apenas na reabilitação de pacientes (F)	36	57.14	18	28.57	9	14.29
O fisioterapeuta pode atuar na Atenção Básica (V)	40	63.49	10	15.87	13	20.63
O fisioterapeuta pode trabalhar na Estratégia Saúde da Família (V)	56	88.89	1	1.59	6	9.52
A massagem é o principal recurso utilizado pelo fisioterapeuta (F)	46	71.88	12	18.75	6	9.38
O fisioterapeuta atua atendendo somente casos de lesões, como: fraturas e problemas na coluna (F)	21	33.33	32	50.79	10	15.87

V: verdadeira; F: falsa; NS: não sei
Fonte: Pesquisa de campo

Possibilidade de atuação fisioterapêutica

Na Tabela 4, podemos observar que os usuários entrevistados conhecem a possibilidade de atuação do fisioterapeuta.

Sabem que “o fisioterapeuta pode atuar com pacientes diabéticos”, e em grupo de pacientes hipertenso, mostrando que acreditam que a atuação desse profissional é realmente mais ampla.

Porém, diante da afirmativa “nos casos de hanseníase, o fisioterapeuta pode contribuir no apoio ao diagnóstico clínico”, mostraram que não sabem que o fisioterapeuta pode auxiliar o médico no diagnóstico clínico dessa enfermidade.

No que se refere à afirmativa “a prevenção de crise asmática pode ser realizada pelo fisioterapeuta”, entendem que este profissional está capacitado para tal atuação, o que demonstra que o veem também na prevenção, embora anteriormente tenham-no visto voltado basicamente para a reabilitação.

Entendem que o fisioterapeuta pode desenvolver atividades para a saúde dos estudantes.

Na afirmativa “o fisioterapeuta pode atuar na orientação das mães quanto ao desenvolvimento normal da criança”, demonstram que veem o fisioterapeuta atuando na promoção de saúde e prevenção de danos.

Demonstraram não saber que o fisioterapeuta pode atuar na prevenção de câncer e problemas ginecológicos, assim como afirmam que o fisioterapeuta não atua com o profissional dentista.

Assinalaram que o fisioterapeuta pode atuar nas unidades de saúde realizando palestras sobre saúde.

Tabela 4: Conhecimento dos usuários quanto à possibilidade de atuação fisioterapeuta, São Francisco do Pará, 2014.

Conhecimento dos usuários quanto à possibilidade de atuação do fisioterapeuta	V		F		NS	
	N	%	N	%	N	%
O fisioterapeuta pode atuar com pacientes diabéticos (V)	40	63.49	8	12.70	15	23.81
A realização de atividades com grupos de pacientes hipertensos pode ser realizada pelo fisioterapeuta (V)	46	73.02	5	7.94	12	19.05
Nos casos de hanseníase, o fisioterapeuta pode contribuir no apoio ao diagnóstico clínico (V)	20	31.75	22	34.92	21	33.33
O fisioterapeuta pode desenvolver programas específicos para a saúde dos estudantes (V)	53	84.13	2	3.17	8	12.70
O fisioterapeuta atua na orientação das mães quanto ao desenvolvimento normal da criança (V)	32	50.79	8	12.70	23	36.51
A prevenção de crises asmáticas pode ser realizada pelo fisioterapeuta (V)	36	57.14	11	17.46	16	25.40
Faz parte do trabalho do fisioterapeuta orientar a população sobre os cuidados com a postura corporal (V)	63	100.		0.00		0.00
O fisioterapeuta tem como atuar na prevenção do câncer e dos problemas ginecológicos (V)	12	19.05	30	47.62	21	33.33
O fisioterapeuta atua com o profissional dentista (V)	11	17.46	34	53.97	18	28.57
O fisioterapeuta pode atuar nas Unidades de Saúde realizando palestras sobre cuidados com a saúde (V)	63	100.		0.00	0	0.00

V: verdadeira; F: falsa; NS: não sei
Fonte: Pesquisa de campo

DISCUSSÃO

O presente estudo teve com foco o conhecimento dos Usuários de duas ESFs no município de São Francisco do Pará sobre a abrangência da atuação do profissional fisioterapeuta.

A literatura pesquisada relata a importância de uma equipe multiprofissional, atuando na comunidade por meio da ESF, para a efetividade do cuidado integral em saúde. Nota-se a necessidade do serviço de fisioterapia nessa estratégia, proporcionando ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O fisioterapeuta pode desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, dentro da equipe interdisciplinar. No entanto, sua função é pouco divulgada e subutilizada, devido a aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais¹⁴.

Os estudos de Aguiar¹³, os trabalhos de conclusão de curso de Souza¹⁵, Linke¹⁶, Carvalho¹⁷ e os artigos de Silva e da Rosa¹⁸, Ferretti⁹ vêm somar aos nossos anseios, no sentido de mostrar o conhecimento dos usuários e profissionais da saúde que atuam no SUS sobre a atuação e inserção da Fisioterapia na AB. No entanto, devemos salientar a limitação para o nosso estudo imposta pela restrição de número de artigos científicos que abordassem a percepção da população sobre a Fisioterapia.

No estudo de Aguiar¹³ realizado com profissionais das Equipes de Saúde da Família de Ribeirão Preto, encontrou-se que a maioria dos entrevistados declararam haver necessidades de inclusão de outros profissionais nas equipes de saúde. Sendo que, entre esses profissionais, o fisioterapeuta foi citado por 48,6% dos entrevistados. Essa visão difere um pouco da presente pesquisa, em que os sujeitos participantes citaram ter maior necessidade de outros profissionais, e apenas 14,28% citaram a inclusão do fisioterapeuta. A inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional condiz com o princípio da integralidade e contribui para a resolutividade da atenção¹⁹.

Pesquisa realizada por Linke¹⁶ com 355 usuários de duas ESFs no município do Vale do Rio dos Sinos, e que tinha como objetivo verificar a importância do fisioterapeuta na ESF, observou que 100% dos participantes entendem como relevante a inserção desse profissional. Assim como o estudo de Carvalho¹⁷, em que 98% dos entrevistados consideram necessária essa inserção. Esses estudos corroboraram o nosso, em que cerca de 96,82% consideram importante a presença desse profissional.

A saúde pública é uma alternativa viável para o trabalho do fisioterapeuta, mas para a sua inserção na AB é preciso uma atuação capaz de transformar as necessidades coletivas, sem o profissional fisioterapeuta abandonar suas competências ligadas à reabilitação^{20,21}. Ainda é mais

justificável essa inserção pelo fato de que o profissional enfrenta diariamente dificuldades de entrada no mercado de trabalho^{20,21}.

Assim, entendemos que seria de suma importância a inserção desse profissional no programa, com objetivo de promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento das diversas enfermidades.

O fisioterapeuta está preparado para atuar na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, nos níveis individual e coletivo, na educação em saúde, na qualidade de vida, podendo sua colaboração ser valiosa²², o que corrobora os achados deste estudo, no qual o fisioterapeuta é visto além do contexto da reabilitação e também no papel de educador, apesar de que a inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção básica é um processo em construção, associado, principalmente, à criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, ou seja, além de ser uma nova realidade ainda dificulta o fato de a profissão estar mais ligada à reabilitação²³.

Delai & Wisniewski²⁴ em seu estudo com fisioterapeutas no Rio Grande do Sul, constatou que embora a Fisioterapia, ao longo da história, tenha se mantido ao nível da reabilitação, ela possui competências e habilidades suficientes para a atuação em outros níveis de atenção.

Souza¹⁵, em seu estudo com profissionais de saúde, ao utilizar questionário parecido ao usado nesta

pesquisa, obteve resultado superior (65%) quanto aos aspectos legais da fisioterapia. Para nós, em nosso estudo, os resultados foram surpreendentes ao consideramos que a maioria (79,37%) compreende os aspectos legais da profissão.

O fisioterapeuta pode e deve atuar nos serviços como profissional de primeiro contato, com habilidade de avaliar o usuário, e, caso necessário, prescrever a melhor conduta, estabelecer o prognóstico e decidir-se pela alta fisioterapêutica provisória ou definitiva¹³.

Diante das possibilidades de atuação do fisioterapeuta no estudo de Aguiar¹³, 67,9% dos entrevistados apresentaram um grau de conhecimento bom, o que está de acordo com os resultados desse trabalho, em que o percentual de acerto foi 75,8%. As perguntas com percentual de erros considerados relevantes foram: a contribuição do fisioterapeuta no diagnóstico clínico de hanseníase; fisioterapeuta atuar na prevenção do câncer e dos problemas ginecológicos; e atuação com o profissional dentista.

Acredita-se que, nesse caso, os entrevistados poderiam pensar que este diagnóstico de hanseníase é puramente realizado pelo médico. Em relação à saúde da mulher, pode ser justificado em virtude de a área da fisioterapia na saúde da mulher ainda ser precoce, com pouca divulgação na AB. Na pesquisa de Souza¹⁵, foi obtido o mesmo resultado entre os profissionais, logo, podemos considerar que, de

fato, isso se deve à pouca divulgação dessa nova área de atuação. Ainda no mesmo estudo mencionado, a atuação do fisioterapeuta com o profissional dentista teve um percentual de erros também relativamente alto, o que nos mostra que novas áreas de atuação ainda são pouco divulgadas, portanto sendo desconhecidas tanto por usuários quanto por outros profissionais de saúde.

Os fisioterapeutas inseridos na ESF podem realizar diversas atividades individuais ou em grupos, como: grupo de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, grupos de prevenção à hanseníase, saúde da mulher, do homem e da criança, saúde do trabalhador, nas escolas e creches, de modo geral no âmbito comunitário, incentivando e estimulando a participação da comunidade nas questões relacionadas à saúde^{12,25}.

Miranda e Teixeira²⁶, em um estudo com acadêmicos de fisioterapia do último semestre, mostram-nos que a prática da rotina do fisioterapeuta nesse nível precisa ser melhor evidenciada, com uma ênfase maior nas atividades gerais, para que se tenha uma visão mais ampliada da atuação desse profissional, pois verificaram que o enfoque maior está centrado na questão das visitas e atendimentos domiciliares.

O ESF busca exatamente o desenvolvimento de uma assistência integral, com ênfase na proteção e promoção à saúde, em concordância com as diretrizes do SUS. A ausência da Fisioterapia no SUS comprometeria

a integralidade da assistência à medida que não seria possível atender a todas as necessidades da população. Autores como Neves questionam como a assistência na ESF pode ser integral com uma equipe multiprofissional composta por poucos profissionais, a exclusão do fisioterapeuta, por exemplo, comprometeria essa integralidade.

CONCLUSÃO

Após análise e discussão dos dados, pôde-se constatar que os usuários das Unidades Básicas de Saúde de São Francisco do Pará possuem conhecimento acerca da atuação do profissional fisioterapeuta, embora este seja desconhecido por parte dos usuários, que não souberam informar sobre sua existência e nem sobre sua área de atuação. Logo, o fisioterapeuta precisa se fazer mais visível para comunidade.

Acreditamos que o desconhecimento da população a respeito da atuação do fisioterapeuta, como demonstrado nesta pesquisa, é um importante motivo de limitação do acesso da comunidade a esses serviços.

Diante desse contexto, esta pesquisa buscou contribuir no sentido de abrir caminhos e despertar o interesse de novos estudos para discutir a atuação do fisioterapeuta na AB, não somente direcionado ao profissional, mas também aos acadêmicos e futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(Suppl 1): 1403-1410.
2. Polignano, MV. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226. Acesso em: 13 set. 2014.
3. Hayassy A, Salgado, RM. Promoção de saúde sobre a ótica das ações: experiência do Projeto Rondon. *Ciênc. Atual*. 2013; 1(1): 60-97.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt24878_21_10_2011.html. Acesso em: 13 set. 2014.
5. Costa JL, Pinho MA, Figueiras MC, Oliveira JBB. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. *Ciênc. Saúde*. 2009; 2(1): 2-7.
6. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface*. 2011; 15(37): 551-564.
7. Trelha CS, Silva, DW, Lida, LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (Pr). *Rev. Esp. Saúde*. 2007; 8(2): 20-25. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em: 28 fev. 2014.
8. Novais BKLO, Brito GEG. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. *Rev. APS*. 2011; 14(4): 424-434.
9. Ferreti F, Lima L, Zuffo A. Percepção dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre a necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe. *Fisioter. Mov*. 2014; 27(3): 337-347.
10. Oliveira Brasil AC, Brandão JAM, Silva MON, Godim Filho VC. O papel do fisioterapeuta no programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2005;18(1): 3-6.
11. Robalo L, Silva MG. A promoção e a proteção da saúde em Fisioterapia. *EssFisiOnline*. [periódico na internet]. 2005; 1(3). Disponível em: http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisi_files/vol1n3.pdf. Acesso em: 28 fev. 2014.
12. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl.1): 1627-1636.
13. Aguiar RG. Conhecimentos e atitudes sobre a atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da equipe mínima de saúde da família em Ribeirão Preto. (Dissertação de Mestrado) Mestrado em Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas. USP. 2005
14. Barros FBM, (org). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002. 241p.
15. Souza ABF. Conhecimentos sobre a Atuação do fisioterapeuta pelos Profissionais de Saúde do Centro de Saúde Escola do Marco e Unidade Materno Infantil do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará, Belém, PA. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Universidade do Estado do Pará, Belém, 2008.
16. Linke A. A importância do profissional fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família segundo usuários do Sistema Único de Saúde. Novo Hamburgo: Monografia (Conclusão do Curso de Fisioterapia). FEEVALE, Novo Hamburgo, 2009.
17. Carvalho STRF. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Fisioter. Mov*. 201; 24 (4): 655-664.
18. Silva DJ, Rosa MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12 (6): 1.673-1.681.
19. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter. Mov*. 2006; 19(4): 55-62.
20. Schwingel GA, Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador. In: Barros, FBM. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformada. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. 241 p.
21. Souza MC, Rocha AA, Souza JN. Fisioterapia e sua práxis na Atenção Básica: um estudo de sob à ótica dos docentes e discentes na área da saúde em uma universidade pública na Bahia. *Rev. Pesq. Fisioter*. 2014 Abril; 4 (1)26-34.
22. Baraúna MA, et al. A Importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. *Fisioter. Bras*. 2008; 9 (1): 64-69.
23. Ragasson CAP, Almeida DCS, Comparin K, Mischiati MF, Gomes JT. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. [monografia online]. Cascavel. Unioeste, 2004. Disponível em: http://unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf. Acesso em: 28 set. 2014.
24. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16 (supl.1): 1515-1523.
25. Maciel RV, Silva PTG, Sampaio RF, Drumond AF. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia. *Fisioter. Mov*. 2005; 18 (1): 11-17.
26. Miranda, GBN; Teixeira, RC. Atuação do fisioterapeuta na atenção primária: conhecimentos dos acadêmicos do último semestre. *Cad. Edu. Saúde e Fis*. 2014; 1 (2): 13-25.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O MODELO BIOPSISSOCIAL ENTRE SUPERVISORES DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA: ESTUDO QUALITATIVO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

The disease process and the biopsychosocial model among instructors of a physical therapy course: a qualitative study in a public university

Shamyr Sulyvan de Castro

Doutor – Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba-MG.

Yuri Hamirani Gonçalves da Silva

Graduando – Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba-MG.

Camila Ferreira Leite

Doutora – Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba-MG.

Valdes Roberto Bollela

Doutor – Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto-SP.

Endereço de Contato:

Shamyr Sulyvan de Castro
Rua João Miguel Hueb, 710 apto 302
Cidade Jardim, Uberaba-MG
CEP: 38030-010
E-mail: shamyrsulyvan@gmail.com

Estudo fomentado com bolsa de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais

Resumo

Objetivo: verificar a presença de práticas baseadas no modelo biopsicossocial (BPS) por parte dos supervisores de estágio do curso de Fisioterapia no processo de ensino e aprendizagem e traçar o perfil desses supervisores considerando sexo, idade, tempo de profissão, formação profissional e vínculo com a universidade. **Metodologia:** pesquisa qualitativa exploratória, com 15 supervisores de estágio. As entrevistas foram realizadas por meio de um questionário com perguntas abertas, baseado em outro preexistente e adaptado. Três perguntas referentes ao uso do modelo BPS foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** verificou-se que os supervisores incorporam componentes do modelo BPS em sua rotina de ensino. Entre os entrevistados, 14 eram mulheres; idade média do grupo de 36,85 anos; tempo médio desde a graduação de 14,93 anos; tempo médio como supervisor de 6,47 anos; e 73,34% eram doutores. **Conclusão:** o modelo BPS teve seus componentes incorporados pelos docentes em sua rotina de ensino.

Palavras-chave: Fisioterapia; Estágio clínico; Educação superior.

Abstract

Aim: Verifying the use of the biopsychosocial (BPS) model by clinical instructors of a physical therapy course in the teaching learning process, and profiling these instructors considering gender, age, length of employment, type of vocational training and type of relationship with the university. **Methodology:** An exploratory qualitative research with 15 internship instructors. The interviews were conducted using a questionnaire with open questions, based on another one previously used and adapted for this research. Three questions regarding the use of the BPS model were analyzed by the Collective Subject Discourse method. **Results:** It was found that the instructors incorporate some BPS model components into their teaching routine. Among respondents, 14 were female; average age group of 36.85 years; average time since graduation of 14.93 years; average time as supervisor of 6.47 years, and 73.34% had doctoral degree. **Conclusion:** the BPS model had its components incorporated by the clinical instructors in the learning process.

Keywords: Physical Therapy Specialty; Clinical internship; Higher education.

INTRODUÇÃO

A prática médica atual foi profundamente influenciada pela revolução cartesiana, que substituiu a terapêutica baseada na fusão do corpo e da alma pelo estudo dos órgãos, células e suas doenças. Essa abordagem do processo saúde-doença tem predominado, desde então, na prática da medicina e de outras profissões da saúde, reforçada pela tendência que esses profissionais têm de buscar cada vez mais as especialidades, aprofundando-se em determinadas áreas do conhecimento. Essa postura contribui para a excessiva valorização da ciência e para a intelectualização de saberes, resultando, não raramente, em um distanciamento entre o profissional de saúde e o paciente sob seu cuidado¹.

A necessidade de reorientação do ensino médico que floresceu e predominou durante todo o século XX já havia sido apontada por Engel em 1978². Ele percebeu que a formação médica deveria englobar outros fatores, além do componente biológico que preponderava até então, levando-o a propor um modelo alternativo, denominado biopsicossocial (BPS), que avança no sentido de incorporar outros fatores, como os psicológicos e os sociais, no processo de cuidado em saúde. Essa forma de abordagem, apesar de mais interessante, tem sofrido resistências para sua utilização, provavelmente pela forte influência do cartesianismo, ainda presente nas instituições de ensino superior em

saúde do Brasil. Profissionais formados que valorizam aspectos biológicos e físicos do processo saúde-doença serão profissionais e professores (modelo) que reproduzirão esse modelo, e formarão outros profissionais dentro da mesma perspectiva, mantendo um ciclo que tem sido perpetuado há décadas. A formação de profissionais de saúde com mais recursos técnicos e pessoais para cuidar das necessidades físicas, sociais e psicológicas do indivíduo, no âmbito da integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde, somente será possível se houver uma reformulação significativa na forma com que os cursos de graduação das profissões da saúde são organizados e oferecidos atualmente.

A formação dos profissionais de saúde com um perfil diferenciado tem sido debatida, e alguns resultados começam a surgir. Crises mundiais no ensino superior mostram a necessidade de uma reforma nesses setores³. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Saúde (DCN) sinalizam claramente para mudanças no processo de ensino e aprendizagem das instituições de ensino superior, sugerindo mudanças que ajudem a superar problemas, como a excessiva tendência à formação especializada⁴.

A necessidade de mudança de paradigmas no ensino em saúde é uma constante no ambiente acadêmico. Considerando que o conhecimento científico evolui em velocidade considerável, o processo de ensino e aprendizagem dos profissionais

de saúde deveria acompanhar esse padrão de transformação. A abordagem biomédica, combatida por Engel, relaciona a ocorrência da doença com fatores puramente biológicos² e dá pouco valor à necessidade de incorporação de outros fatores influentes no processo de adoecimento, entre eles, os fatores psicológicos e os sociais⁵. Da mesma forma, assim como a ocorrência da doença, o processo de cura deve ir além do âmbito do tratamento biomédico tradicional⁶.

O modelo BPS tem sido pesquisado, e alguns aprimoramentos surgiram. Entre eles, merece destaque o Modelo Integrativo Biopsicossocial (IBM – Integrative Biopsychosocial Model), que traz em sua essência o modelo BPS de Engel e incorpora novos conceitos. Nesse modelo, a abordagem e o tratamento do paciente propõem a capacitação analítica do profissional tanto para a saúde quanto para a doença. Além disso, o IBM considera a igualdade de influência entre os três domínios mais importantes (biofísico, psicocognitivo e social) na determinação da saúde dos indivíduos⁷.

O estímulo à adoção de uma abordagem alternativa ao modelo biomédico tem se intensificado ao longo do tempo, a ponto da Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), propor um modelo de abordagem que, claramente, incorpore fatores biológicos, psicológicos e sociais⁸.

Sabemos que, para a incorporação de um modelo de atenção à saúde voltado não exclusivamente aos fatores biológicos pelos profissionais de saúde, é preciso que haja uma adequada formação na área. Profissionais formados pelo modelo biomédico podem apresentar dificuldade e/ou resistência para aderir ao trabalho de forma mais integrada e que reconheça outras dimensões no processo de saúde e doença de cada indivíduo. Para superar essa dificuldade, será inevitável investir em treinamento e capacitação tanto para a geração atual de profissionais que atuam na rede de saúde quanto para os docentes dos cursos da saúde, que formam as futuras gerações de profissionais da saúde⁹. Deve-se ressaltar que as abordagens biomédica e biopsicossocial não são antagônicas, antitéticas ou contrárias¹⁰, antes disso, devem ser concebidas como complementares, considerando que ambas têm propriedades e características que devem ser exploradas.

Este estudo foi proposto com o intuito de investigar as características e percepções dos supervisores de estágio do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sobre o processo de ensino e aprendizagem do curso, tendo como referencial o modelo BPS. Entre os objetivos do estudo, estão incluídos: verificar a presença ou não de práticas que caracterizam um cuidado baseado no modelo BPS por parte dos supervisores de estágio do curso de

Fisioterapia da UFTM; e traçar o perfil do corpo docente que supervisiona estágios, considerando variáveis, como: sexo, idade, tempo de profissão, tipo de formação profissional e tipo de vínculo com a universidade (temporário/permanente; docente/técnico).

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa de natureza exploratória, realizada com uma amostra de conveniência entre os professores e fisioterapeutas supervisores de estágio do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, da cidade de Uberaba – MG. O curso em questão conta com um total de 29 fisioterapeutas contratados como docentes ou técnicos de nível superior, sendo que 22 atuam diretamente nos últimos períodos da graduação, na supervisão do estágio de prática clínica. No grupo total, 1 docente é concursado no cargo de temporário e 3 são substitutos. Dos 22 ligados à supervisão de estágio, 3 estavam afastados (licença maternidade ou doutoramento) à época desta pesquisa, de forma que 19 supervisores de estágio compuseram a população de estudo. Desses, 15 participaram desta pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas com o uso de questionário semiestruturado com 12 perguntas pré-testadas por dois docentes sobre o processo de ensino-aprendizagem nos últimos períodos do

curso. A construção do questionário baseou-se em outro já existente com objetivo semelhante, mas que foi aplicado aos alunos de um curso de Medicina⁹. A partir do questionário original, algumas inserções e adaptações foram feitas para que o instrumento se prestasse a proposta desta pesquisa. O questionário foi enviado via e-mail ou entregue em mãos, na versão impressa, a todos os 19 supervisores de estágio. Junto ao questionário, foi anexado um documento contendo uma carta-convite para participação na pesquisa com detalhamento dos objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta foi de outubro de 2011 a abril de 2012. Todos os participantes assinaram o TCLE, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (Port. Nº 1940/2011).

Três questões contidas no instrumento de coleta forneceram os dados para este artigo: “Você *considera importante conhecer o paciente e sua história ou considera mais vantajoso concentrar-se exclusivamente na doença? Por quê?*”; “Você *costuma dar atenção às reações emocionais do paciente frente ao adoecer? Como lida com essas situações?*”; e “*Em seu ambiente de trabalho, você costuma trabalhar em equipe multiprofissional ou possui algum vínculo com outros profissionais do mesmo paciente?*”. Essas perguntas foram escolhidas por terem em seu cerne os preceitos propostos pelo modelo BPS² estimulado pela OMS^{11, 12}.

As entrevistas foram recebidas por correio eletrônico e em versão impressa e processadas, havendo a digitação das respostas, formando um banco de dados. A partir desse momento, os dados foram analisados de acordo com a metodologia proposta pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹³. O DSC é um recurso de análise para organização do conjunto de discursos verbais emitidos por um dado grupo de sujeitos. No processo de análise, há a utilização de quatro figuras metodológicas: as expressões-chave (ECHs), pedaços contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente; as ideias centrais, expressões linguísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema de cada conjunto homogêneo de ECHs; a ancoragem, expressão de uma teoria, ideologia ou crença religiosa que o autor do discurso adota e que está embutida no discurso como se fosse uma afirmação qualquer; e o discurso do sujeito coletivo, uma agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e este como constituído por essas partes, expressando um posicionamento próprio, distinto, original, específico diante do tema em investigação. Essas figuras são de crucial importância na busca de resultados que representem de forma fidedigna o objeto de pesquisa¹⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UFTM e o curso de Fisioterapia

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM foi originalmente fundada, em 1953, como Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – FMTM, sendo o curso de Medicina criado no ano seguinte, e em 1960 ocorreu a sua federalização. Os cursos de Enfermagem e Biomedicina foram iniciados em 1989 e 1999 respectivamente. No ano de 2005, por ocasião do REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais), a FMTM se transforma em UFTM, com a proposta de incorporação de outros cursos das áreas da saúde, humanas e exatasⁱ. A UFTM, além dos cursos de graduação, oferece hoje cursos de mestrado (Atenção à saúde; Ciências Fisiológicas, Educação Física; Medicina Tropical e Infectologia; Mestrado profissional em inovação tecnológica; Mestrado profissional em matemática; Patologia); doutorado (Patologia; Medicina Tropical e Infectologia) e residência multiprofissional em saúdeⁱⁱ, recebendo boa avaliação do Ministério da Educação (MEC) em 2010ⁱⁱⁱ.

O curso de Fisioterapia foi criado em 2006 e está formando no primeiro semestre de 2012 sua quinta turma. Conta com vestibulares semestrais e

ⁱ <http://www.uftm.edu.br/paginas/carrega/cod/1/t/APRESENTACAO>

ⁱⁱ <http://www.uftm.edu.br/paginas/cursos/categoria/62/area/PROGRAMAS/t/STRICTO+SENSU>

ⁱⁱⁱ <http://portal.inep.gov.br/indice-geral-de-cursos>

pede dedicação integral por parte dos alunos. Passou por uma reestruturação em que a carga horária foi aumentada, tornando o tempo de curso maior (5 anos), sendo qualificado como o melhor curso do país pelo MEC em 2010^{iv}.

Descrição da amostra estudada

A taxa de resposta obtida foi de 78,95% (15/19 dos professores supervisores convidados). Do total de pessoas entrevistadas, 14 (93,33%) eram mulheres; a idade média do grupo foi de 36,85 anos (DP: 5,40); tempo médio decorrido desde a colação de grau, 14,93 anos (DP: 5,73); tempo médio de supervisão de estágio, 6,47 anos (DP: 4,99); 10 (66,66%) eram professores concursados, 4 (26,66%) eram professores substitutos; 1 (6,68%) era técnico concursado; 11 (73,34%) eram doutores e 4 (26,66%) eram mestres; 14 (93,33%) tinham alguma especialização em Fisioterapia.

Análise dos discursos do sujeito coletivo

As entrevistas foram analisadas de acordo com o método proposto. Dessa análise, emergiram algumas ideias centrais que serão apresentadas e discutidas a seguir.

^{iv} <http://portal.inep.gov.br/indice-geral-de-cursos>

Importância de inclusão dos aspectos psicossociais no tratamento

DSC ancorado pela ideia central: “Acho importante conhecer o paciente e sua história, pois assim podemos interferir em sua vida cotidiana e incluir os aspectos psicossociais em seu tratamento, melhorando o diagnóstico e tratamento”.

A multifatorialidade de causas e suas interações¹⁵ nos problemas de saúde deve ser contemplada no processo de ensino e aprendizagem, sendo que essa característica é de crucial importância à medida que aumenta as possibilidades de intervenção do paciente e do seu quadro de saúde¹⁶. Além disso, os múltiplos determinantes de saúde reforçam a necessidade de uma abordagem dos problemas em saúde multifacetada, buscando sua resolução¹⁷. O modelo BPS incorpora a multifatorialidade e apresenta uma nova forma de pensar o processo de adoecimento diante dos componentes que esse processo passa a incorporar. A proposta do modelo é considerada inovadora e tem sido empregada em diversas áreas de pesquisa, como sexualidade¹⁸; saúde mental¹⁹; doenças intestinais²⁰; demências²¹; doenças cardíacas²²; artrite reumatoide¹⁰; hipotireoidismo²³ e HIV/AIDS²⁴, entre muitos outros. A prática clínica com base na abordagem por esse modelo é explorada em menor intensidade²⁵, mesmo sendo recomendada e estimulada²⁶.

O estímulo do seu uso e a pesquisa crescente levou a OMS a apresentar um esquema explicativo para a incapacidade, para a funcionalidade e para a saúde, que incorpora os preceitos do modelo proposto por Engel¹¹. O esquema apresentado na CIF é representado por interações mútuas entre fatores biopsicossociais (estado de saúde; funções e estruturas do corpo; atividade; participação; fatores pessoais e fatores ambientais)¹¹.

O modelo BPS surge em oposição a outro, o biomédico, que é fruto de um processo histórico sofrido pela medicina, que passa da arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina fortemente relacionada às doenças e profundamente baseada em mecanismos fisiologistas. Há, então, um afastamento do médico em relação ao doente e uma maior teorização dos discursos médicos. Considerando o panorama atual, soma-se aos fatos uma crescente dependência da tecnologia e de exames complementares que, muitas vezes, substitui o ato de clinicar. Nesse contexto, a crescente inserção da tecnologia na prática clínica e o processo de incorporação da visão mecanicista do corpo resultam no chamado modelo biomédico, em que o corpo humano é visto como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas²⁷.

O modelo biomédico desperta críticas diversas. Alguns mostram que a subjetividade do adoecimento e saúde não são consideradas nessa

abordagem²⁸; outros relatam que não há uma visualização do paciente de forma integral, e o problema é tratado de forma reducionista a partir da observação isolada das partes a serem tratadas²⁹. Condenações ainda são feitas com relação ao seu custo financeiro elevado³⁰; pelo fato de não explicar as diferenças de prevalência ou incidência de doenças segundo nível socioeconômico²⁹; bem como pela aplicabilidade questionável em doenças crônicas¹⁵. A necessidade de mudança de perspectiva na abordagem dos problemas de saúde tem sido cada vez mais frequente no meio acadêmico, com iniciativas no sentido de diminuir a influência desse modelo na prática clínica. Por isso o crescente estímulo da OMS para o uso clínico e teórico do modelo BPS.

Trabalho multiprofissional e vínculo com integrantes da equipe

DSC ancorado pela ideia central: *“Acho importante o aluno aprender que no tratamento os objetivos devem ser funcionais, voltando o resultado para a vida diária do paciente, estabelecendo assim um vínculo com os outros profissionais do ambiente de trabalho, atuando de forma multiprofissional”*.

O trabalho interdisciplinar se configura na atualidade como uma importante ferramenta na busca de melhores condições de saúde, combatendo a fragmentação do conhecimento e, por consequência, da divisão de especialidades

isoladas. Assim, diversas dimensões complementares do processo saúde-doença são consideradas (biológica, psicológica, social, cultural, ética e política)³².

Dificuldade no trabalho multiprofissional

O relatado acima, sobre o trabalho multiprofissional, nem sempre ocorre, como mostrado por outro discurso adiante.

DSC ancorado pela ideia central: *“A proposta é de um trabalho multiprofissional, mas isso ainda não acontece. Temos profissionais de outras áreas, mas nem sempre conseguimos trabalhar em grupo”*.

Esse relato não é novo, e dificuldades no trabalho interdisciplinar podem ter suas origens nos conflitos profissionais³³; na constante separação entre teoria e prática³⁴; nos problemas de comunicação, colaboração³⁵ e coordenação da equipe³⁶; e no nível de comprometimento dos profissionais³⁷; problemas no trabalho inter/multidisciplinar também podem surgir por dificuldades no compartilhamento de informações, constantes reorganizações no ambiente de trabalho, limitação de tempo e de recursos, documentação arquivada separadamente, entre outros³⁸. O trabalho em equipe deve ser sempre estimulado e aprimorado para que o atendimento aconteça de forma integral, beneficiando o paciente³⁹. Além disso, a educação interprofissional é apontada como ferramenta importante

no reforço ao caráter interdisciplinar do processo de ensino e aprendizagem, proporcionando maiores possibilidades de trabalho aos profissionais e estudantes⁴⁰, já que o trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar apresenta melhores resultados em algumas áreas da fisioterapia quando comparados com o tratamento individual com o fisioterapeuta⁴¹, com melhorias registradas também na qualidade de vida dos pacientes⁴².

Apesar da recomendação de inserção do modelo BPS no campo da educação em saúde⁴³, essa incorporação tem se dado de forma lenta. Em uma pesquisa realizada entre 1997 e 1999 nos Estados Unidos, verificou-se que, em média, apenas 10% da estrutura curricular das universidades estudadas apresentavam a abordagem biopsicossocial. As barreiras para uma maior implementação da abordagem, segundo o estudo, foram os recursos limitados, a resistência dos estudantes e a falta de continuidade dos cursos⁴⁴. A incorporação do novo modelo à prática clínica se mostra ainda menos frequente⁴⁵, entre outros motivos, por certa relutância dos profissionais em aceitá-lo e adotá-lo⁴⁶. Como exemplo, há a demanda por maior conhecimento e tempo, necessários diante de um espectro maior de fatores influentes sobre o processo saúde/doença.

Necessidade de conhecimento da história do paciente para reforço do vínculo

Uma implicação da nova abordagem psicossocial está na necessidade de alteração da relação médico-paciente, que direciona o médico para fatores não ligados ao corpo ou à doença²⁵. De acordo com os discursos analisados na presente pesquisa, o vínculo com o paciente ou a relação terapeuta-paciente deve ser um ponto a ser valorizado, como evidencia o DSC a seguir: *“É importante conhecer o paciente e sua história, pois através desse conhecimento criamos um vínculo com o paciente e delineamos melhor o quadro de sua doença”*.

O vínculo com o paciente é um importante componente do cuidado em saúde, é por meio dele que a identificação de necessidades e busca de soluções são facilitados⁴⁷. Por sua destacada importância na formação e na prática clínica⁴⁸ e por ter influência no resultado do tratamento de recuperação física de pacientes⁴⁹, a relação terapeuta-paciente não deve ser excluída do processo de aprendizagem clínica dos estudantes⁵⁰.

Atenção aos relatos subjetivos do paciente

A formação acadêmica em Fisioterapia, no Brasil, permanece sob a influência do modelo biomédico, que no campo da Medicina aparece com forte valorização das especialidades,

da tecnologia, da cura da doença, do estudo da fisiopatologia, da prescrição de medicamentos, exames, técnicas e procedimentos (qualidades técnicas) e a negligência dos aspectos subjetivos do indivíduo e de suas relações sociais (qualidades humanas)⁵¹. Em contrapartida, os profissionais devem ser estimulados a considerar o fator subjetividade do paciente no atendimento, por meio da escuta deste⁵², rompendo, mais uma vez, com o modelo biomédico e abrindo-se para os fatores psicológicos, que sabidamente têm influência no trabalho da Fisioterapia. Além disso, as questões psicológicas e sociais também devem ser consideradas no processo de avaliação em Fisioterapia⁵³, complementando a avaliação física/biológica, clássica nessa área da saúde. A atenção aos sentimentos e subjetividades dos pacientes também é alvo de preocupação dos docentes entrevistados, como mostrado a seguir: *“Costumo dar atenção às reações emocionais do paciente, lido com essas situações avaliando os sintomas depressivos, pois não se separa corpo e mente”*. Ou *“...lido com essas situações mantendo uma posição sempre acolhedora, escutando o paciente minuciosamente”*.

Um estudo aleatorizado em que foram comparadas a influência de duas intervenções educacionais (modelo biomédico x BPS) com estudantes de Fisioterapia sobre o tratamento de pessoas com dor lombar mostrou que o grupo do BPS teve suas atitudes e crenças alteradas em direção a uma

melhor abordagem do tratamento⁵⁴. Essa informação dá sustentação à necessidade de um adequado arcabouço teórico-prático voltado para o modelo BPS por parte dos supervisores clínicos do curso de Fisioterapia.

No presente estudo, foram avaliadas as percepções dos supervisores do estágio prático curricular em um curso de Fisioterapia de uma universidade pública. Apesar do número reduzido de participantes (19), a amostra é significativa já que representa 78,95% (15/19), a maioria absoluta dos docentes do Curso. Uma limitação deste estudo é o fato de não termos incluído, deliberadamente, nesta etapa, a avaliação da percepção dos estudantes e pacientes, assim a efetividade e o impacto desse processo de ensino poderiam ser verificados no sujeito que participa do processo de aprendizado prático, na rotina clínica do fisioterapeuta egresso e na saúde do paciente que é tratado.

CONCLUSÕES

O corpo docente do curso de Fisioterapia da UFTM é composto predominantemente por mulheres; a idade média dos docentes é de 36,85 anos; com tempo médio de formação de quase 15 anos; o tempo médio de trabalho em supervisão de estágio é de aproximadamente 6 anos; a maioria tem título de doutor e é concursado na universidade.

Os entrevistados relataram a integração de componentes psicossociais ao processo de tratamento dos pacientes sob os cuidados dos alunos por eles supervisionados. Além disso, foram registrados sucessos e insucessos no trabalho interdisciplinar com outros profissionais de saúde; a importância do conhecimento da história de vida do paciente; e a necessidade de maior atenção à escuta, por parte do profissional de saúde, às questões subjetivas relacionadas ao usuário.

Pelo verificado, os supervisores de estágio do curso estudado percebem-se como já tendo incorporado aspectos importantes do modelo BPS ao processo de trabalho (assistência e ensino), em consonância como preconizado pela OMS. Entretanto, seria interessante triangular essa percepção, ao que efetivamente é observado na prática (estudo de observação direta) e que incluísse também as perspectivas dos estudantes e dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Nuto S de AS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa Í do CC, Oliveira ÂGR da C. O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 Mar [cited 2012 Jun 18];11(1):89–96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Engel GL. The Biopsychosocial model and the education of health professionals? *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 1978 Jun [cited 2012 Jun 18];310(1 Primary Healt):169–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>
3. Lazzarin HC, Nakama L, Cordoní Júnior L. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 Jun [cited 2012 Jun 18];15:1801–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev Abeno*. 2003;3(1):24–7.
5. Eaton JS, Lawrence R. The biopsychosocial model in education: discussion. *Psychosom Med* [Internet]. 1980 Jan [cited 2012 Jun 18];42(1 Suppl):131–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7413898>
6. Larivaara P, Taanila A, Huttunen I, Väisänen E, Moilanen I, Kiuttu J. From biomedical teaching to biopsychosocial education: a process of change in a Finnish medical school. *J Interprof Care* [Internet]. 2000 Jan [cited 2012 Jun 18];14(4):375–85. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13561820020003928>
7. Lindau ST, Laumann EO, Levinson W, Waite LJ. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the Interactive Biopsychosocial Model. *Perspect Biol Med* [Internet]. 2003 Jan [cited 2012 Jun 18];46(3 Suppl):S74–86. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1201376&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. OMS Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo. Buchalla CM, editor. Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
9. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2006 Apr [cited 2012 Jun 18];30(1):60–72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
10. McCollum L, Pincus T. A biopsychosocial model to complement a biomedical model: patient questionnaire data and socioeconomic status usually are more significant than laboratory tests and imaging studies in prognosis of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2009 Nov [cited 2012 Jun 20];35(4):699–712, v. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962614>
11. WHO World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. 112-119 p. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
12. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324–35.
13. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comun Saude, Educ* [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Aug 4];10(20):517–24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
14. Pereira MJB, Mishima SM. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. *Interface - Comun Saude, Educ* [Internet]. 2003 Feb [cited 2012 Jun 18];7(12). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
15. Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *Am J Public Health* [Internet]. 1993 Oct [cited 2012 Jun 20];83(10):1477–86. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1694847&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Suls J, Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychol* [Internet]. 2004 Mar [cited 2012 Jun 21];23(2):119–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15008654>
17. Wanless D, Mitchell BA, Wister AV. Social Determinants of Health for Older Women in Canada: Does Rural–Urban Residency Matter? *Can J Aging / La Rev Can du Vieil* [Internet]. 2010 Jun;29(02):233–47. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0714980810000140
18. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex* [Internet]. 2012 Mar [cited 2012 Jun 20];59(3):369–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455326>
19. Álvarez AS, Pagani M, Meucci P. The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2012 Feb [cited 2012 Jun 20];91(13 Suppl 1):S173–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193327>
20. Rakovec-Felser Z. The biopsychosocial model of treatment the patients with inflammatory chronic bowel disease. *Coll Antropol* [Internet]. 2011 Jun [cited 2012 Jun 20];35(2):453–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755718>
21. Clare L, Nelis SM, Martyr A, Roberts J, Whitaker CJ, Markova IS, et al. The influence of psychological, social and contextual factors on the expression and measurement of awareness in early-stage dementia: testing a biopsychosocial model. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2012 Jun 20];27(2):167–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21425345>
22. Di-Benedetto M, Len Burns G, Lindner H, Kent S. A biopsychosocial model for depressive symptoms following acute coronary syndromes. *Psychol Health* [Internet]. 2010 Nov [cited 2012 Jun 20];25(9):1061–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204970>
23. Brown BT, Bonello R, Pollard H. The biopsychosocial model and hypothyroidism. *Chiropr Osteopat* [Internet]. 2005 Apr 12 [cited 2012 Jun 20];13(1):5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1151653&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. Marcus KS, Kerns RD, Rosenfeld B, Breitbart W. HIV/AIDS-related pain as a chronic pain condition: implications of a biopsychosocial model for comprehensive assessment and effective management. *Pain Med* [Internet]. 2000 Sep [cited 2012 Jun 20];1(3):260–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15101893>
25. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health

concept over the last two decades. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2004 May [cited 2012 Apr 5];53(2):239–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15140464>

26. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 [cited 2012 Apr 19];2(6):576–82. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1466742&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

27. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2001 Jun [cited 2012 Jun 20];8(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

28. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 Dec [cited 2012 Jun 2];11(4):1093–103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

29. Abelson B, Rupel A, Pincus T. Limitations of a biomedical model to explain socioeconomic disparities in mortality of rheumatic and cardiovascular diseases. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2008 [cited 2012 Jun 20];26(5 Suppl 51):S25–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19026143>

30. Barros JAC. Pensando o processo saúde-doença: a quem responde o modelo biomédico? *Saúde e Soc* [Internet]. 2002 Jul [cited 2012 Jun 20];11(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

31. Pincus T. Challenges to the biomedical model: are actions of patients almost always as important as actions of health professionals in long-term outcomes of chronic diseases? *Adv Mind Body Med* [Internet]. 2000 Jan [cited 2012 Jun 20];16(4):287–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015770>

32. Matos E, Pires DEP de, Campos GW de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 Jun 21];62(6):863–9. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019591013.pdf>

33. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2005 Sep [cited 2012 Jun 21];14(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

34. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2005 Sep [cited 2012 Jun 21];14(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

35. Baxter P, Markle-Reid M. An interprofessional team approach to fall prevention for older home care clients “at risk” of falling: health care providers share their experiences. *Int J Integr Care* [Internet]. 2009 Jan [cited 2012 Jun 21];9:e15. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2691945&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

36. Weller JM, Barrow M, Gasquoin S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ* [Internet]. 2011 May [cited 2012 Jun 21];45(5):478–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21414024>

37. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved? *J Interprof Care* [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 Jun 21];25(1):4–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20795830>

38. Chisolm TH, Abrams HB, McArdle R, Wilson RH, Doyle PJ. The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. *Trends Amplif* [Internet]. 2005 Jan [cited 2015 Jan 8];9(3):111–26. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4111522&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

39. Araújo MB de S, Rocha P de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 Apr [cited 2012 Jun 21];12(2):455–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

40. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Mar 11];46(1):58–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150197>

41. Henchoz Y, de Goumoëns P, SoA, Paillex R. Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non specific low back pain: randomized controlled trial. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2010 Dec 22;140. Available from: <http://doi.emh.ch/smw.2010.13133>

42. Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundörfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J*. 2003;3(4):270–6.

43. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* [Internet]. 1981 May [cited 2012 Jun 20];6(2):101–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7264472>

44. Waldstein SR, Neumann SA, Drossman DA, Novack DH. Teaching psychosomatic (biopsychosocial) medicine in United States medical schools: survey findings. *Psychosom Med* [Internet]. [cited 2012 Jun 21];63(3):335–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11382261>

45. Adler RH. Engel’s biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res* [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 Jun 20];67(6):607–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913665>

46. Arnetz BB. Causes of change in the health of populations: a biopsychosocial viewpoint. *Soc Sci Med* [Internet]. 1996 Sep [cited 2012 Jun 21];43(5):605–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8870126>

47. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009;22(2):176–82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

48. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2004;9(1):139–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

49. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther*. 2010;90(8):1099–110.

50. Costa FD da, Azevedo RCS de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2010 Jun;34(2):261–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
51. Andrade PM de O. Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde. Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super [Internet]. 2010 Jul [cited 2012 Jun 21];15(2):121–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772010000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
52. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 Jun 21];16(11):4337–48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
53. Karayannis N V, Jull GA, Hodges PW. Physiotherapy movement based classification approaches to low back pain: comparison of subgroups through review and developer/expert survey. BMC Musculoskelet Disord. 2012;13(1):24.
54. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: A randomised clinical trial. Pain. 2011;152(11):2557–63.

FISIOTERAPIA ALÉM DAS ESPECIALIDADES: CONHECIMENTO DO ALUNATO SOBRE A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM SAÚDE COLETIVA

Physical therapy beyond specialties: students' knowledge about the role of the physical therapist in public health

Elizabeth Leite Barbosa

Fisioterapeuta. Residente em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Universidade Tiradentes, Aracaju.

Tiago Pinheiro Vaz de Carvalho

Fisioterapeuta. Mestre em Biologia Parasitária pela Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.

Miburge Bolívar Gois Júnior

Fisioterapeuta. Doutor. Docente Efetivo do Núcleo de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.

Karina Conceição Gomes de Araújo

Fisioterapeuta. Doutora. Docente Efetiva do Departamento de Morfologia da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.

Endereço de Contato:

Elizabeth Leite Barbosa
Av. Beira Mar, 1100
Tréze de Julho, Aracaju-SE
CEP: 49020-010
E-mail: bethleitebarbosa@hotmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar a expectativa dos alunos do curso de Fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva e possíveis informações sobre a inserção desse profissional na Equipe de Saúde da Família. Este estudo foi realizado na Universidade Federal de Sergipe (UFS), com acadêmicos de dois campi, os quais adotam modelos metodológicos educacionais

diferentes. Utilizou-se um questionário contendo questões de múltipla escolha. Os dados obtidos sofreram tratamento estatístico descritivo por intermédio do programa Microsoft Office Excel 2007 mediante distribuições percentuais simples. Aproximadamente 90% dos alunos dos dois cursos consideraram entre importante e muito importante a atuação do fisioterapeuta, assim como a preparação e qualificação do atendimento desse profissional na rede pública de saúde. Contudo, a metodologia de ensino, a matriz curricular e a existência de fisioterapeutas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Lagarto-SE colaboraram para uma maior imersão do alunato desse curso em relação aos aspectos de saúde coletiva.

Palavras-chave: Saúde Pública. Fisioterapia. Modelos Educacionais.

Abstract

The aim of this study was to examine the students' expectancy of the physical therapy course about the physical therapist's activity in public health and possible information about inserting this professional on the Family Health Program. This study was conducted at the Federal University of Sergipe (UFS), composed by academics from two campuses, which present different educational models. A multiple choices questionnaire was used. Data were analysed with descriptive method on Microsoft Excel 2007 Program using simple percentage distributions. Approximately 90% of students considered important and very important

the role of the physical therapist, as well as the preparation and service qualification of this professional in public health. However, the teaching methodology, the curriculum, and the existence of physical therapists in Family Health Support Center (NASF) of Lagarto-SE contributed to a greater immersion of students of that course regarding aspects of public health.

Keywords: Public Health. Physical Therapy Specialty. Educational Models.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde) torna direito ao cidadão o atendimento gratuito integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada, visando à promoção de saúde e priorizando os aspectos preventivos¹. Dessa forma, Almeida et al.² trazem que é importante entendermos que a saúde tem suas raízes mais profundas nos problemas sociais, o que requer por parte dos profissionais a compreensão de que eles têm que atuar não apenas na cura de doenças, mas também na promoção e na manutenção da saúde, já que essas trazem implicações de ordem social, econômica e política.

Para enfatizar a Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa de Saúde da Família (PSF), conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi instituído pelo Ministério da

Saúde em 1994. Ao contrário do modelo tradicional centrado na doença e no hospital, esse programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde^{3,4}. Em paralelo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁵, criado em 24 de janeiro de 2008 por meio da Portaria GM/MS nº 154, pretende ampliar essas ações de atenção básica de maneira que suas equipes sejam compostas por profissionais de diferentes áreas.

O fisioterapeuta pode atuar nos três níveis de atenção à saúde, mas, devido aos aspectos de ordem político-econômica e organizacionais, sua atuação na APS é pouco conhecida, já que o número de atuantes nesse nível é pequeno, e o fisioterapeuta ainda não faz parte da equipe mínima multidisciplinar. Experiências isoladas no Brasil mostram que a inserção da fisioterapia na ESF melhora consideravelmente a atenção à saúde da população⁶.

Nesse mesmo aspecto, segundo Barbosa et al.⁷, um grande desafio encontrado na formação do profissional fisioterapeuta é sua imersão no campo da saúde coletiva, a qual ainda é muito limitada, pois sua formação básica não pode ser baseada em especialidades, e sim em políticas de saúde, para que dessa forma se adapte às propostas do SUS. Além disso, Naves et al.⁸ relatam em um estudo que, apesar dos currículos tradicionais dos cursos de Fisioterapia terem a disciplina saúde coletiva em suas matrizes curriculares, os alunos têm pouco conhecimento sobre a atuação desse profissional em saúde pública.

Em termos práticos, o modelo atual proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, praticados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) dos cursos de Fisioterapia, ainda

privilegiam a atuação em um modelo curativo. Essa visão unilateral sobre o modelo de atuação em relação às especialidades tem promovido franco distanciamento das discussões sobre os determinantes socioeconômicos, os quais são preponderantes para análise do processo saúde-doença *per si*.

Na Universidade Federal de Sergipe (UFS), existem dois cursos de Fisioterapia, um situado na cidade de Aracaju e o outro em Lagarto, os quais possuem modelos metodológicos educacionais e estrutura das matrizes curriculares diferentes. O primeiro utiliza-se do método tradicional de ensino e apresenta matriz curricular baseada em uma estrutura disciplinar. Já o segundo utiliza-se das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, principalmente a Aprendizagem Baseada na Problematização (ABP) e a metodologia de problematização por meio do método do Arco de Manguerez, tendo a matriz curricular baseada em ciclos.

O método tradicional é uma estratégia pedagógico/didática centrada no professor, o qual desenvolve aulas expositivas no âmbito teórico e prático em que o aluno atua como receptor passivo do processo de aprendizagem. Estágios e atividades laboratoriais completam sua formação. Um dos fundamentos principais desse método é que se deve transmitir o conhecimento para o aluno. Os estágios são programados geralmente para ocorrer nos três últimos períodos do curso ou no último ano do curso⁹.

Já o método ativo é uma estratégia pedagógico/didática centrada no aluno, o qual é exposto a situações motivadoras nos grupos tutoriais, nas práticas de subunidades, nas práticas de habilidades e atitudes e na Prática

de Ensino na Comunidade (PEC). Nos tutoriais, por exemplo, utiliza-se a ABP em que, por meio dos problemas, os alunos são levados a definir objetivos de aprendizado cognitivo sobre os temas do currículo. Os estágios completam sua formação, sendo semelhantes aos das escolas que adotam o método tradicional. Um dos principais fundamentos dessa metodologia é ensinar o aluno a aprender a aprender, permitindo a busca da informação nos inúmeros meios de difusão do conhecimento. Estágios em serviços de graus variados de complexidade são programados para os diferentes ciclos do curso¹⁰.

Desse modo, o estudo proposto teve como objetivo geral verificar a expectativa dos alunos do curso de Fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva e possíveis informações sobre a inserção desse profissional na equipe da ESF. Teve como objetivos específicos: identificar o nível de conhecimento dos alunos sobre as diferentes formas de atuação da fisioterapia em saúde coletiva; conhecer as percepções e expectativas dos alunos sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva; e comparar dados obtidos dos questionários aplicados aos alunos dos dois cursos de fisioterapia da UFS.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado na Universidade Federal de Sergipe (UFS), na qual utilizou-se uma amostra por conveniência formada por 123 alunos dos Cursos de Fisioterapia, sendo 66

do Campus de Aracaju e 57 do Campus de Lagarto regularmente matriculados no período letivo do ano de 2012.1. Para a coleta e organização das informações de interesse, utilizou-se um questionário na literatura científica (Naves et al., 2011) o qual foi modificado e adaptado para maior adequação dos objetivos neste estudo. O questionário conteve 17 questões, todas de múltipla escolha. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFS sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 08608412.0.0000.0058. Trata-se, portanto, de um estudo transversal, com uma abordagem qualitativa e quantitativa.

Critérios para inclusão

Participaram da pesquisa os alunos do curso de Fisioterapia do primeiro e terceiro período do curso de Aracaju e os alunos do primeiro e segundo ciclo do curso de Lagarto, correspondentes do mesmo período, presentes em sala de aula na data da aplicação do questionário e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Modelos educacionais

Foi realizada a análise documental do Projeto Político Pedagógico (PPP) dos dois cursos de Fisioterapia, dividindo-se os grupos de acordo com o modelo educacional utilizado.

Grupo 1. Método de ensino em Aracaju

De acordo com o PPP, o Curso de Fisioterapia de Aracaju foi baseado em uma estrutura curricular disciplinar em que os conteúdos essenciais para a formação do fisioterapeuta devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia, o qual envolverá estudos das áreas do conhecimento biológico, humano, social, biotecnológico e fisioterapêutico. Esse curso forma profissionais com competência para: identificar distúrbios cinético-funcionais prevalentes; estabelecer níveis de disfunções e prognósticos fisioterapêuticos; estabelecer e aplicar recursos e técnicas adequados com base no conhecimento das reações colaterais adversas previsíveis inerentes à intervenção terapêutica. A carga horária obrigatória está distribuída em oito semestres. A estrutura curricular desse curso está organizada em três núcleos: I. Núcleo de Conteúdos Básicos que visa propiciar a formação básica para a compreensão do ser humano; II. Núcleo de Conteúdo Específicos que visa introduzir e desenvolver os conhecimentos específicos necessários à formação do fisioterapeuta; e III. Núcleo Profissionalizante que visa desenvolver as competências e habilidades necessárias ao exercício da profissão de fisioterapeuta. As disciplinas vinculadas à formação fundamental do fisioterapeuta são ministradas nos períodos iniciais. As disciplinas de caráter profissionalizante vão, paulatinamente, ganhando espaço no currículo e são organizadas de maneira que uma competência previamente

adquirida seja sempre requisitada posteriormente, atendendo-se também ao princípio da interdisciplinaridade⁹.

Grupo 2. Método de ensino em Lagarto

De acordo com o PPP, o Curso de Fisioterapia de Lagarto foi criado obedecendo a peculiaridades do novo Centro de Ciências da Saúde, centrado na integração entre as diversas áreas, integração com as ações de saúde na comunidade e baseado na noção do estudante como agente ativo apoiada no professor que atuará como tutor-facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem. O conteúdo a ser aprendido pelo estudante terá origem na própria realidade, trabalhada por meio das informações docentes, reflexão e integralização de elementos teóricos, estudos autodirigidos e tutoria. Dessa forma, esse curso tem como estratégias de aprendizado: atividades expositivo-participativas de natureza teórica, mas, contextualizada na prática, destinadas ao coletivo discente; sessões tutoriais, facilitadas por um docente do curso, das quais participam sete a oito estudantes por vez, disparadas por meio da problematização das atividades práticas dos estudantes nos serviços de saúde, com foco na gestão, no cuidado individual, no coletivo e na pesquisa aplicada; prática em serviço, regida por profissionais de saúde do SUS lotados na rede escola, e supervisionadas pelos docentes do curso à ótica da proposta pedagógica do curso; momentos de atividades autodirigidas, entre outras. Para atender ao modelo de ensino proposto, o curso é orientado por competências, e seu currículo dividido em cinco ciclos, totalizando cinco

anos. O primeiro ciclo é desenvolvido, integralmente, com todos os demais cursos do Campus, constituindo-se assim o ciclo básico da formação em saúde coletiva. Tal ciclo tem foco na prática da atenção primária à saúde, na qual se contextualizam os conteúdos teóricos. Busca-se, assim, desde o primeiro momento, inserir os estudantes na prática da APS. Os ciclos subsequentes são específicos da formação do fisioterapeuta e acrescentam ao foco dado à atenção primária à saúde. A formação em serviço está distribuída durante o curso sob a forma de Fisioterapia direcionada às diversas áreas, em atividades de complexidade crescente, partindo da observação à prática assistida¹⁰.

Tratamento dos dados

Os dados obtidos receberam tratamento estatístico descritivo por intermédio do programa Microsoft Office Excel 2007 mediante distribuição percentual simples, sendo apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 190 alunos regularmente matriculados nos primeiro e terceiro período e no primeiro e segundo ciclo nos cursos de fisioterapia da UFS, 123 responderam o questionário, sendo 66 do campus de Aracaju e 57 do campus de Lagarto.

Ao fazer análise das quatro primeiras questões, observou-se que aproximadamente 90% dos alunos dos dois cursos consideraram entre importante e muito importante a atuação do fisioterapeuta no SUS e na ESF, assim

como na preparação e qualificação do atendimento desse profissional na rede pública de saúde (Tabela 1), corroborando o estudo de Naves et al.⁸. Contudo, estudos mostram que há uma reduzida participação do fisioterapeuta na atenção básica e que tal fato se deve à origem da profissão e à formação dos profissionais de saúde, que apresenta um caráter reabilitador^{11,12,13}.

Em relação à importância da participação do aluno no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e no Programa de Educação Tutorial (PET-Educação), a maioria dos estudantes dos dois cursos considerou entre importante e mais que importante (Tabela 1). O PET-Saúde surge como forma de suprir a deficiência de aprendizado nas escolas de saúde no quesito formação para a atenção primária e para a ESF. Esse programa, instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/08¹⁴, é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Equipe de Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviços dos profissionais de saúde. Somente em 2012, os cursos de Fisioterapia da UFS foram inseridos no PET-Saúde, destinando cinco vagas para o campus de Aracaju e três vagas para o campus de Lagarto. Observa-se, portanto, um número reduzido de vagas destinadas ao curso de Fisioterapia, não havendo o estímulo necessário para formação de profissionais com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país. Além disso, o fato desse profissional não estar inserido na equipe mínima da ESF e não existir NASF em Aracaju, até o momento da pesquisa, pode prejudicar o estágio dos alunos do curso de Aracaju, limitando a visão da atuação desse profissional.

Tabela 1. Atribuição da importância sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva, 2012.

Questões	Q. 1		Q. 2		Q. 3		Q. 4		Q. 5		Q. 6	
	A	L	A	L	A	L	A	L	A	L	A	L
Aracaju/ Lagarto												
Nenhuma importância	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1,52%	0%	1,52%	0%
Muito pouco importante	3,03%	5,26%	0%	3,5%	0%	1,75%	1,52%	1,75%	0%	0%	0%	0%
Pouco importante	1,52%	3,52%	0%	1,75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Importante	19,70%	10,52%	30,30%	31,6%	7,5%	5,3%	24,24%	12,3%	30,30%	31,6%	25,75%	40,35%
Muito importante	40,90%	52,63%	42,42%	42,10%	43,93%	31,6%	34,84%	43,85%	28,8%	40,45%	27,27%	28,1%
Mais que importante	34,85%	28,07%	25,75%	21,05%	48,5%	61,4%	39,4%	40,35%	13,63%	10,52%	7,57%	8,8%
Não sei informar	0%	0%	1,52%	0%	0%	0%	0%	1,75%	25,75%	17,54%	37,89%	22,8%
TOTAL	100%											

Questão 1- Papel do fisioterapeuta no SUS. Questão 2- Papel do fisioterapeuta na ESF. Questão 3-Preparação do fisioterapeuta para o atendimento na rede pública. Questão 4- Qualidade/especialização do fisioterapeuta na rede pública. Questão 5- Participação no PET- Saúde. Questão 6- Participação no PET-Educação.

Sobre os acadêmicos questionados em Aracaju, 27,2% consideraram regular a qualidade do atendimento da fisioterapia na rede pública, enquanto 40,9% não souberam informar. Já em Lagarto, 36,8% dos indivíduos consideraram bom, 28,1% consideraram regular e 17,6% não souberam informar. Quanto à caracterização do piso salarial, os alunos, de maneira geral, mostraram-se insatisfeitos com o valor que se paga ao profissional. Atualmente, os profissionais do estado de Sergipe possuem um piso salarial de R\$ 1.600¹⁵. Para reverter esse quadro de insatisfação e lutar pela valorização do profissional, está em tramitação um projeto de lei a fim de dispor sobre o piso salarial dos fisioterapeutas, o qual passará a ser R\$ 4.650 caso seja aprovada a lei. Porém, em relação à jornada de 30 horas semanais, a maioria dos discentes de ambos os cursos estão satisfeitos, fazendo jus à luta que foi vencida pela Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994 (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva, 2012.

Questões	Q. 7		Q. 8		Q. 9	
	A	L	A	L	A	L
Aracaju/ Lagarto						
Ruim	16,7%	5,3%	12,1%	3,5%	69,7%	57,9%
Regular	22,7%	28,1%	24,3%	35,1%	24,3%	21%
Bom	16,7%	36,8%	36,4%	40,35%	6%	17,6%
Muito Bom	0%	7%	10,6%	5,3%	0%	0%
Ótimo	0%	1,7%	3%	7%	0%	1,75%
Excelente	3%	3,5%	1,5%	1,75%	0%	0%
Não sei informar	40,9%	17,6%	12,1%	7%	0%	1,75%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Questão 7- Qualidade do atendimento da fisioterapia na rede pública. Questão 8- Jornada de 30 horas. Questão 9- Piso salarial de aproximadamente R\$ 1.600.

Após análise da “questão 10”, 40,91% dos voluntários da pesquisa de Aracaju responderam que o número de atendimentos individuais que o fisioterapeuta deve realizar por 6 horas diárias deve ser entre 1 a 5 atendimentos, 37,88% relataram que é entre 6 e 10 atendimentos, enquanto 16,67 % não souberam informar. Em Lagarto, o resultado obtido nessa questão foi de 33,33% entre 1 e 5, 40,35% entre 6 e 10, enquanto 17,54% não souberam informar (Tabela 3). Conforme a Resolução nº 387, de 8 de junho de 2011¹⁶, o quantitativo à assistência prestada pelo fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente varia de 6 a 12 conforme a unidade de atuação, seja ela hospitalar ou ambulatorial.

Tabela 3. Números de atendimentos individuais que o fisioterapeuta deve realizar por seis horas diárias. Número máximo de pacientes por fisioterapeuta para atendimento em grupo. Atuação do fisioterapeuta em uma Unidade Básica de Saúde, 2012.

Atendimentos individuais por seis horas diárias	Aracaju		Lagarto	
	Nº	%	Nº	%
1 a 5	27	40,91	19	33,33
6 a 10	25	37,88	23	40,35
11 a 15	1	1,52	3	5,26
16 a 20	1	1,52	2	3,51
Outros	1	1,52	0	0
Não sei informar	11	16,67	10	17,54
Total	66	100,00	57	100,00
Pacientes atendidos em grupo	Aracaju		Lagarto	
	Nº	%	Nº	%
1 a 5	22	33,33	16	28,07
6 a 10	19	28,79	15	26,32
11 a 15	5	7,58	2	3,51
16 a 20	2	3,03	1	1,75
Outros	1	1,52	2	3,51
Não sei informar	17	25,76	21	36,84
Total	66	100,00	57	100,00

Quanto ao número máximo de pacientes para atendimento em grupo, 33,33% dos alunos de Aracaju acharam que é entre 1 e 5, 28,79% entre 6 e 10, e 25,76 não souberam informar. Já dos acadêmicos de Lagarto, 28,07% acharam que é entre 1 e 5, 26,32% entre 6 e 10, enquanto 36,84% não souberam informar (Tabela 3). O atendimento em grupo dever ser de seis pacientes por hora, sendo que as atividades em saúde coletiva que requerem apresentação de palestras, campanhas, discussão de vivências, oficinas, entre outras, não estão contempladas nessa Resolução, ficando à responsabilidade do fisioterapeuta estabelecer o quantitativo de clientes/pacientes assistidos, considerando seu turno de trabalho¹⁶.

Contudo, a relação do número de pacientes por profissional é bastante heterogênea nos diversos estabelecimentos de saúde (públicos e/ou privados), sendo, portanto, frágil e mutável aos critérios individuais dos maiores interessados, os detentores do capital, negligenciando os parâmetros da nossa Autarquia Federal – COFFITO¹⁷.

Analisando os PPPs^{9,10} dos cursos, observou-se que o curso de Aracaju apresenta em sua matriz curricular duas matérias (uma no primeiro e outra no quinto período) e um estágio (no oitavo período) que são direcionados para a saúde coletiva. Por outro lado, o curso de Lagarto apresenta o primeiro ciclo com foco para a prática da APS, inserindo desde o primeiro momento os estudantes na prática da saúde coletiva, na qual os alunos começam a visitar as Unidades de Saúde da Família e, posteriormente, com os demais ciclos específicos, dão continuidade à discussão sobre atenção básica à saúde. Dessa forma, ao analisar a resposta sobre quantas matérias o aluno teve conhecimento sobre saúde coletiva, a maior parte dos alunos de Lagarto afirmaram tê-las durante todo o curso, enquanto os de Aracaju afirmaram que só tiveram uma única disciplina, ratificando o que se encontra nos PPPs.

Quanto à pergunta sobre a preparação para atuar na rede pública, todos os alunos de Lagarto consideram que o curso os prepara, e a maioria dos voluntários de Aracaju, paradoxalmente, também responderam que sim, apesar de esses possuírem pouco ou nenhum contato com a Unidade de Saúde da Família (USF) durante o primeiro ano de curso. Entretanto, quando questionados sobre quantas vezes no âmbito da formação acadêmica os alunos visitaram uma USF, 49% dos alunos de Lagarto afirmam ter visitado 16 vezes ou mais, sendo que todos (100%) dos alunos do segundo ciclo estão dentro dessa porcentagem, e 24% dos alunos responderam entre 1 e 5 vezes. Já dos de Aracaju, 65,15% afirmam nunca ter visitado. (Gráfico 1). Portanto, nesse modelo tradicional, os profissionais não estão sendo formados para atuar no SUS brasileiro, o qual tem sua maior resolutividade no nível de APS. Sendo assim, concordando com Almeida et al. (2005)², a educação baseia-se na concepção que prioriza o elemento educativo em uma abordagem que desconsidera a realidade social na qual estão inseridos os educandos.

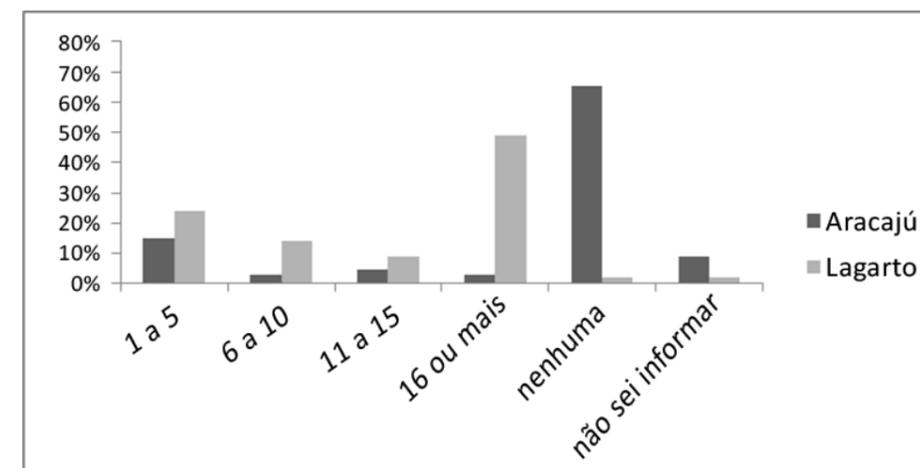


Gráfico 1. Quantidade de visitas à UBS no âmbito da formação acadêmica.

Já quando se perguntou sobre a qualidade do atendimento do fisioterapeuta na rede pública, houve um maior desconhecimento por parte dos estudantes do campus Aracaju que se pode atribuir ao menor contato com as USF e a inexistência do fisioterapeuta na ESF e/ou NASF nesse município.

Quanto ao nível de atenção que o fisioterapeuta deve atuar na saúde coletiva, a maioria dos estudantes teve o conhecimento de que é nos três níveis de atenção. Já em relação ao nível(is) de atenção que esse profissional atua em uma USF, a maior parte dos discentes de Lagarto relatou que atua somente na atenção primária, enquanto a maioria dos acadêmicos de Aracaju ficou dividida entre atuar somente na atenção primária ou atuar na atenção primária e secundária. Dessa forma, observou-se que a resposta dos indivíduos de Lagarto vai ao encontro da proposta da USF e se justifica devido aos alunos terem seu primeiro ciclo voltado basicamente para a APS.

Todavia, quando questionados sobre como o fisioterapeuta pode atuar na USF, a maioria dos alunos mostrou conhecimento das diversas possibilidades de atuação desse profissional, porém mostraram-se confusos quanto à classificação dos níveis de atenção à saúde, já que na mesma questão observa-se que mais de 60% dos discentes responderam que podem atuar na prevenção e promoção da saúde, enquanto aproximadamente 40% responderam que podem atuar no nível primário. (Tabela 4). Devido ao curso de Lagarto ser novo, somente dois anos de curso, talvez ainda não esteja de acordo exatamente com o que traz seu PPP e esteja enfrentando algumas dificuldades nesse processo de implantação. Já os alunos de Aracaju realmente não têm o devido suporte no ensino para diferenciar tais sinônimos que têm significados muitas vezes complexos e difíceis de entender por muitos profissionais da saúde.

Tabela 4. Atuação do fisioterapeuta em uma Unidade de Saúde da Família, 2012.

Atuação do fisioterapeuta em uma Unidade de Saúde da Família	Aracaju		Lagarto	
	Nº	%	Nº	%
Assistência a acamados	34	51,51	28	49,12
Atendimento em grupo	36	54,54	35	61,40
Atuar em atenção secundária	14	21,21	18	31,57
Campanhas	33	50	31	54,38
Conforme a necessidade	20	30,30	18	31,57
Desconhece tal atendimento	0	0	0	0
Prevenção	53	80,30	39	68,42
Atenção básica à saúde	42	63,63	39	68,42
Palestras educativas	49	74,24	42	73,68
Atuar em nível primário	27	40,90	23	40,35
Conscientização	36	54,54	29	50,87
Orientação	45	68,18	38	66,66
Promoção à saúde	44	66,66	36	63,15
Reabilitação	16	24,24	45	78,94
Total	449	100,00	421	100,00

A Constituição Federal de 1988¹⁸ define como uma das atribuições do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para esse setor. A formação dos profissionais de saúde é reconhecidamente uma área crítica no processo de implementação do sistema de saúde, pois resulta de um modelo de ensino voltado à assistência individual, curativa e especializada, em detrimento dos aspectos de promoção e prevenção da saúde. A inclusão e/ou ampliação de disciplinas de ciências sociais e humanas, entre elas, as de saúde coletiva, nas grades curriculares habilita o futuro profissional a identificar aspectos humanos e sociais envolvidos no processo saúde-doença¹⁹. Além disso, segundo Ceccim et al.²⁰, uma forma de alcançar mudanças na educação no campo da saúde é a aproximação entre a universidade e os serviços, introduzindo os estudantes nas unidades da rede para conhecerem a realidade.

Em relação às metodologias de Ensino Superior, segundo Barros, uma tarefa extra para os problemas na ABP é alcançar a integralidade²¹. Quanto a esse método de ensino, no estudo de Mezarri²², os alunos relataram preferir a metodologia da ABP ao método tradicional em razão do incentivo à busca de conhecimento, mas complementam relatando que os dois métodos devem ser utilizados em conjunto para maior eficácia no ensino aprendizagem.

Atualmente, as competências esperadas para um fisioterapeuta apontam para um profissional que se insira nos três níveis de atenção à saúde, inclusive na atenção básica, recuperando a funcionalidade e prevenindo disfunções cinético-funcionais²³.

Portanto, o SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Dessa forma, é necessária uma reforma educacional que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e mais humanista²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a metodologia de ensino quanto a matriz curricular integrada e a existência de fisioterapeutas no NASF colaboraram, de forma estrutural, para uma maior imersão do alunato do curso de Lagarto em relação aos aspectos de saúde coletiva, visão profissional perante o SUS e maior contato com os problemas de saúde locais.

Em relação ao curso de Fisioterapia de Aracaju, torna-se importante uma reforma curricular de maneira que essa seja pautada nas reais necessidades da população, socialmente referenciados, e que o curso tenha sua formação baseada em políticas de saúde para que, dessa forma, se adapte às propostas do SUS.

O estudo se mostrou limitado quanto à investigação das expectativas dos estudantes sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde pública, visto que as respostas das perguntas não atingiram a explicação devida após suas análises. Portanto, não se pode medir se o alunato tem boas ou ruins expectativas quanto a essa atuação mesmo a maioria tendo colocado que

acha muito importante a atuação desse profissional nessa área, discordando do que o estudo de Naves et al. traz.

Dessa forma, este estudo visou ampliar discussões metodológicas e relacionar o conhecimento dos estudantes do curso de Fisioterapia da UFS sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva, observando que o modelo educacional vigente nos dois cursos supracitados tinha influência no nível desse conhecimento.

Contudo, é preciso que mais pesquisas sobre a diversidade do campo de trabalho da fisioterapia na saúde coletiva e a utilização por parte dos alunos de graduação do SUS no âmbito de sua formação acadêmica sejam incentivadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. [site da internet] [acessado 2012 ago 23]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>.
2. Almeida AB, Oliveira AMB, Ribeiro KSQS. A fisioterapia na atenção básica a partir de uma experiência de educação popular. V colóquio intern. Paulo Freire; 2005.
3. Brasil. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
4. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. Brasil. Portaria n.154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União 2008; 24 jan.
6. Barros FBM, organizador. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora apud Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Filho VCG. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. RBPS 2005; 18(Supl.1): 3-6.
7. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter Mov 2010; 23(Supl.2):323-330.
8. Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. Cien e Saúde Colet 2011; 16(Supl.1):1525-1534.
9. Universidade Federal de Sergipe. Resolução n. 148/2009/CONEPE. Aprova alterações no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia Modalidade. Disponível em: www.sigrh.ufs.br/sigrh/public/colegiados/filtro_busca.jsf. Acesso em: 1º ago. 2012.
10. Universidade Federal de Sergipe. Resolução n. 08/2011/CONEPE. Aprova alterações no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia Bacharelado do Centro de Ciências da saúde de Lagarto. Disponível em: www.sigrh.ufs.br/sigrh/public/colegiados/filtro_busca.jsf. Acesso em: 15 jun. 2012.
11. Carvalho AM. A disciplina de cinesioterapia nos cursos de fisioterapia do estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
12. Ribeiro KSQS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde - reflexões a partir de uma experiência universitária. Rev. Fisio Bras 2002; 3(Supl.5):311-318.
13. Ragasson CPA, Almeida DCS, Comparin K, Mischiati M, Gomes JT. Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional. [site da internet]. [acessado 2012 jul 10]. Disponível em: <http://www.crefito5.com.br>.
14. Brasil. Portaria Interministerial n. 1.802 de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União 2008; 26 ago.
15. Ministério Público da União Ministério Público do Trabalho Procradoria Regional do Trabalho- 20ª Região-SE. [site da internet]. [acessado 2013 ago 05]. Disponível em: <http://www.prt20.mpt.gov.br/noticias/noticia.php?id=241>
16. Brasil. Resolução n. 387 de 08 de junho de 2011 DOU nº. 115, Seção 1. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 16 jun.
17. Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais da Bahia. Notícias. [site da internet]. [acessado 2012 nov 21]. Disponível em: <http://sinfitobahia.org.br>.
18. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União 1988; 5 out.
19. Salmória JG, Camargo WA. Uma aproximação dos signos -fisioterapia e saúde- aos aspectos humanos e sociais. Saúde e Soc 2008; 17(Supl.1):73-84.
20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública 2004; 20(Supl.5):1400-1410.
21. Barros NF. O Ensino da Saúde Coletiva no Método de Aprendizagem Baseado em Problemas. Rev Br Educ Med 2006; 30(Supl.3):136 – 146.
22. Mezarri A. O Uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como Reforço ao Ensino Presencial Utilizando o Ambiente de Aprendizagem Moodle. Rev Br Educ Med 2011; 35(Supl.1):114-121
23. Borges AMP, Salício VAMM, Gonçalves MANB, Lovato M. A contribuição do fisioterapeuta para o PSF – uma revisão de literatura. UNICiências 2010; 14(Supl.1):69-82
24. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: Saúde Colet, 2004; 14 (Supl. 1): 41-45.

GRUPO DA COLUNA NA ATENÇÃO BÁSICA

Back School in the primary care

Patrícia Thurow Bartz,

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aline Felício Bueno

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Adriane Vieira

Doutora. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço de Contato:

Patrícia Thurow Bartz,
Rua Dona Inocência, 86, apto. 201
Jardim Botânico, Porto Alegre-RS
CEP: 90690-030
E-mail: patriciatbartz@gmail.com

Órgão financiador do estudo

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - FAPERGS

Bolsas concedidas

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ

Resumo

A Escola Postural é um programa teórico-prático direcionado para o tratamento de dores crônicas, o qual é foco de pesquisas que indicam sua eficácia na diminuição da dor após a sua realização. Poucos estudos avaliam sua eficácia em médio prazo e são desenvolvidos na atenção básica. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito do Grupo da Coluna na dor, qualidade de vida e funcionalidade a curto e médio prazo em usuários com dores musculoesqueléticas crônicas. O Grupo da Coluna é uma ação de educação em saúde destinada a usuários da UBS-HCPA, sendo embasado na metodologia das Escolas Posturais. A amostra foi composta por 21 indivíduos, com idades entre 41 e 68 anos. Os instrumentos utilizados foram o ODI, SF-36 e uma anamnese, contendo a EVA, para mensurar, respectivamente, a funcionalidade, qualidade de vida e intensidade

da dor. As avaliações ocorreram em três momentos: pré, pós- imediato e pós- quatro meses. Foram utilizados o teste de Friedman e o teste de Dunn como *post hoc*, sendo $p < 0,05$. Os resultados apontam diminuição significativa da intensidade da dor na coluna dorsal e nos membros inferiores. Na qualidade de vida, houve melhora significativa nos domínios capacidade funcional, dor, aspectos físicos, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. Na análise do ODI, os resultados demonstram melhora significativa da funcionalidade. Conclui-se que o Grupo da Coluna é uma ação de educação em saúde capaz de interferir no processo de saúde-doença, contribuindo positivamente para a diminuição da dor e melhora da qualidade de vida e funcionalidade.

Palavras-chave: Dor crônica. Qualidade de vida. Postura. Educação em saúde. Atenção Básica à Saúde.

Abstract

Back School is a theoretical-practical program destined for the treatment of chronic pain and is the focus of research indicating its effectiveness in reducing pain after its completion. Few studies have evaluated its effectiveness in the medium term and are developed in primary care. The aim of this study was to investigate the effect of Back Group in pain, quality of life and functionality in the short and medium-term in users with chronic musculoskeletal pain. The Back Group is an action in health education aimed at users of the BHU-HCPA,

being grounded in the methodology of Back Schools. The sample consisted of 21 individuals, aged between 41 and 68 years. The instruments used were the ODI, SF-36 and an anamnesis containing the VAS, respectively to measure the functionality, quality of life and pain intensity. Assessments occurred in three phases: pre, immediate post and immediate after four months. It was used the Friedman test and Dunn test as *post hoc*, with $p < 0.05$. The results show a significant decrease in pain intensity in the thoracic spine and lower limbs. In quality of life, there was a significant improvement in functional capacity, pain, physical aspects, vitality, emotional aspects and mental health. In the analysis of the ODI, the results show significant improvement in functionality. It is concluded that the Back Group is an action in health education can affect the health process, positively contributing to the reduction of pain and the improvement in quality of life and functionality.

Keywords: Chronic Pain. Quality of Life. Posture. Health Education. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto social único no conjunto dos países em desenvolvimento que vem sendo consolidado a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica nº 8.080 em 1990, tendo como princípios básicos a universalidade, a integralidade e a equidade. O principal objetivo

do SUS é garantir a saúde como um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Cidadãos saudáveis dependem da organização e do funcionamento do sistema de saúde, com isso, o conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira¹.

Desde sua criação, as ações governamentais têm buscado a descentralização dos serviços de saúde, com a municipalização, a regionalização e a hierarquização, a fim de garantir os princípios básicos aos usuários¹. Essas mudanças na organização do SUS e nas estratégias de atenção à saúde permitem que os serviços invistam em ações de educação e prevenção sobre o processo saúde-doença e, principalmente, sobre a atenção básica no Brasil.

A atenção básica se caracteriza por ser “a porta de entrada” para o usuário que procura o serviço. Seu papel é o de assegurar a distribuição equitativa dos recursos de saúde, integrar serviços de prevenção e promoção à saúde e racionalizar o uso da atenção secundária e de medicamentos. Na atenção básica, os usuários devem receber medidas preventivas e ter acesso direto a uma fonte adequada de cuidados no longo prazo². Outro fator importante é que a atenção básica lida com os problemas mais prevalentes da população, sendo um desses problemas a dor musculoesquelética crônica, uma queixa recorrente que traz prejuízos econômicos e pessoais à população, como o afastamento do trabalho e a aposentadoria por invalidez precocemente³.

A dor musculoesquelética pode ser classificada em aguda, quando tem a duração de 4 a 6 semanas, ou crônica, quando tem duração de mais de 12 semanas ou manifesta-se por episódios recorrentes de dor em um período superior a 6 meses. A dor crônica, na maioria das vezes, não representa necessariamente um dano tecidual e pode ser proveniente de condições precárias de vida e saúde, da falta de informações e do uso incorreto da mecânica corporal nas atividades laborais e de vida diária⁴⁻⁵. Além disso, pode ter significados psicossociais e estar associada a experiências prévias, crenças, valores e atitudes, sendo, portanto, simbolicamente constituída⁶.

A dor musculoesquelética crônica é uma das grandes causas da incapacidade funcional e de depreciação da qualidade de vida, pois afeta a função física, a interação social e os aspectos emocionais das pessoas⁷. Dessa forma, tornou-se um problema de saúde pública, sendo interessante que o SUS inclua nas suas ações na atenção básica propostas educativas para os usuários, com o objetivo de diminuir o quadro algico, os gastos públicos e o impacto negativo que a dor causa sobre a qualidade de vida e a funcionalidade das pessoas.

Uma dessas propostas é a Escola Postural, originalmente denominada “Back School”, criada na Suécia, em 1969, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forsell^{8,9}. Considerada uma alternativa ao tratamento dos usuários que possuem dores crônicas, a Escola Postural busca propiciar ao aluno conhecimentos e experiências de aprendizagem que possibilitem e reforcem mudanças nos seus comportamentos, atitudes e crenças¹⁰. Acredita-se que essas mudanças

contribuam para um melhor manejo da dor e da capacidade de realização de atividades de vida diária, melhorando a qualidade de vida do indivíduo, sendo uma estratégia válida para prevenção de agravos e tratamento de pacientes especialmente com dor lombar crônica¹⁰.

Apartir de sua aplicação, diferentes estudos foram realizados a fim de comprovar a eficácia da Escola Postural no tratamento de pessoas com dores crônicas. Parece haver um consenso na literatura de que a Escola Postural é eficaz no curto prazo. Os resultados de Martins¹¹, Tobo,⁹ e Ferreira e Navega³ sugerem que o programa é eficiente na melhora da qualidade de vida, funcionalidade e redução da dor.

Em 2011, Borges et al.¹² investigou a eficácia do Grupo da Coluna, uma proposta de tratamento a usuários do SUS com dores musculoesqueléticas crônicas embasada na metodologia da Escola Postural, na qualidade de vida, funcionalidade e intensidade da dor a curto prazo. A partir desse estudo, surgiu o interesse de investigar qual a influência dessa proposta no médio prazo, visto que outras pesquisas foram realizadas nesse sentido^{8,13-15}, porém não foram realizadas no SUS e não avaliaram concomitantemente a intensidade da dor, funcionalidade e qualidade de vida, variáveis importantes de serem consideradas no contexto da dor crônica segundo as recomendações atuais da literatura¹⁶. Com isso, o objetivo deste estudo é verificar a influência do Grupo da Coluna no curto prazo e em médio prazo na intensidade da dor, qualidade de vida, funcionalidade de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas.

MÉTODOS

O Grupo da Coluna acontece na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde 2006, tornando-se um projeto de extensão dos cursos de Fisioterapia e Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2009. Embasado pela metodologia das Escolas Posturais, o Grupo da Coluna visa a mudança de hábitos e crenças diante da dor, buscando a melhora dela, da qualidade de vida e funcionalidade por meio da prática adequada das atividades diárias. Por ser um projeto de extensão, o grupo também objetiva contribuir para a formação dos alunos, possibilitando uma vivência no serviço do SUS.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 100354). Os critérios de inclusão estabelecidos neste estudo foram: apresentar dor musculoesquelética crônica e ser encaminhado por um médico da UBS. Os critérios de exclusão foram: apresentar impossibilidade de participação das atividades em grupo devido a um quadro de dor intensa e participar de menos de três dos cinco encontros que compõem o Grupo da Coluna.

Este estudo foi desenvolvido de abril de 2011 a fevereiro de 2013, sendo que nesse período foram realizados seis Grupos da Coluna. Foram avaliados 55 usuários, e 63,3% (n=35) desses usuários compareceram a quatro ou mais aulas e foram reavaliados. Na avaliação realizada quatro meses depois, compareceram 60% dos usuários reavaliados. Sendo assim, a amostra deste estudo foi composta por 21 usuários.

Na tabela 1, é apresentada a descrição da amostra. A idade média dos participantes foi de 56 anos, variando de 41 a 68 anos, havendo uma predominância de mulheres (95,2%), de prestadores de serviços domésticos e condominiais (28,6%) e de usuários de baixa escolaridade (42,9% haviam cursado o ensino fundamental).

Tabela 1: Descrição da amostra

		Porcentagem
Sexo	Feminino (n=20)	95,2
	Masculino (n=1)	4,8
Profissão	Atividades em pé (n=4)	19
	Atividades sentado (n=4)	19
	Doméstico ou condominiais (n=6)	28,6
	Aposentado (n=3)	14,3
Escolaridade	Do lar (n=4)	19
	Ensino Fundamental (n=9)	42,9
	Ensino Médio (n=8)	38,1
	Ensino Superior (n=4)	19

O desenho experimental deste estudo teve a duração de 24 semanas. Na semana 1, uma semana antes de iniciarem as aulas do Grupo da Coluna, os usuários da UBS inscritos na lista de espera foram chamados para a avaliação inicial. Esta consiste de uma anamnese, aplicação dos questionários, e, nesse momento, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Da semana 2 a 7, aconteceram os encontros do Grupo da Coluna. São cinco encontros teórico-práticos, descritos no quadro 1, ocorrendo uma vez por semana, com duração de duas horas, para grupos de cinco a sete pessoas. Na primeira hora, foram desenvolvidos aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos relacionados à postura, na sequência, foram realizados exercícios de percepção corporal, alongamento, reforço muscular e de relaxamento, além de atividades de massagem e automassagem. Na semana 8, foi realizada a reavaliação (pós- imediato) com os participantes que compareceram a três ou mais aulas. Na semana 24, após quatro meses da finalização do Grupo da Coluna, os participantes reavaliados foram convidados para uma avaliação final (pós-quatro meses), que compreendeu a avaliação no médio prazo deste estudo.

Quadro 1: Descrição das aulas

1ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dos objetivos e da estrutura do Grupo da Coluna. - Definição dos aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos relacionados à postura. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada.
2ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação das relações entre os movimentos da coluna e dos membros inferiores e vivência das formas adequadas de sentar, agachar e pegar objetos no solo. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. - Entrega de um folheto com os exercícios de agachamento.
3ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> - Noções básicas sobre estrutura e funcionalidade da coluna vertebral e vivência sobre posicionamento e manutenção das posturas sentada e em pé. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. - Entrega de um folheto com exercícios na posição sentada.
4ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> - Comentários e vivências sobre o posicionamento e realização de atividades na posição deitada, posturas ao dormir e ato de deitar e levantar da cama. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. - Entrega de uma folha de exercícios na posição deitada.
5ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão e vivência sobre a execução de AVDs escolhidas pelos participantes na aula anterior - Revisão dos exercícios das aulas anteriores.

A anamnese foi o instrumento utilizado para registrar dados pessoais e demográficos, além de dados sobre a queixa algica dos usuários. Nessa anamnese também continha um diagrama corporal, para facilitar a localização da queixa algica, e a Escala Visual Analógica (EVA), para mensurar a intensidade de cada dor durante a última semana. A EVA consiste de uma linha reta e horizontal de 10 centímetros semelhante a uma régua, não numerada, onde é escrito na extremidade esquerda “sem dor” e na extremidade direita “dor insuportável”. O usuário marcava, nessa linha, a intensidade da sua dor durante a última semana. Os locais de dor foram categorizados em cinco regiões: coluna cervical, dorsal e lombar, membros superiores e membros inferiores.

Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário *Medical Outcomes Study - Short Form-Health Survey* (SF-36). O SF-36 é um questionário multidimensional e engloba oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O score final de cada domínio vai de zero a 100, no qual zero corresponde

ao pior estado de qualidade de vida e 100 ao melhor estado. O SF-36 foi validado para o português por Ciconelli et al¹⁷.

Para avaliação da funcionalidade, foi utilizado o questionário *Oswestry Disability Index* (ODI). O teste consiste em 10 perguntas, relacionadas aos temas: intensidade da dor, cuidados pessoais, levantamento de peso, andar, permanecer sentado, permanecer em pé, sono, atividade sexual, vida social e viagem. A pontuação vai de zero (sem incapacidade funcional) a 100 (totalmente incapacitado), dividindo o nível de incapacidade funcional em cinco categorias que variam de 20 em 20 pontos. O ODI foi validado para o português por Vigatto, Alexandre, Filho¹⁸.

Para análise estatística, foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk no qual se verificou que os dados eram não paramétricos. Utilizou-se estatística descritiva, com uso de medianas, intervalos interquartílicos e frequências absolutas e relativas; e estatística inferencial, na qual o alfa adotado foi 0,05. Foi aplicado o teste de Friedman, para avaliar as diferenças entre os três tempos: pré, pós-imediato e quatro meses depois. O teste de Dunn foi utilizado como *post hoc*.

RESULTADOS

Os resultados demonstram que todos os usuários apresentavam um quadro de dor crônica, sendo que a maioria da amostra (87,7%) apresentava a dor principal, considerada neste estudo como a dor mais intensa, há mais de um ano. A região corporal mais atribuída pelos participantes como dor principal foi a coluna lombar (61,9%). Com relação ao número de queixas, 33,33% dos usuários apresentavam três queixas de dor. Na tabela 2, são apresentados os resultados de dor principal, número de queixas e tempo com dor dos participantes do estudo.

Tabela 2: Resultados de dor principal, número de queixas e tempo com dor dos participantes do estudo

		Porcentagem
Duração da dor	3 meses a 1 ano (n=3)	14,3
	Mais de 1 ano (n=18)	87,7
Dor principal	Cervical (n=2)	9,5
	Dorsal (n=2)	9,5
	Lombar (n=13)	61,9
	Membros superiores (n=2)	9,5
	Membros inferiores (n=2)	9,5
Números de queixas	1 (n=3)	14,2
	2 (n=6)	28,6
	3 (n=7)	33,3
	4 ou mais (n=5)	23,9

Na tabela 3, são apresentados os valores das medianas e intervalos interquartílicos do pré, pós- imediato e quatro meses depois. Letras iguais correspondem a medianas estatisticamente iguais e letras diferentes correspondem a medianas estatisticamente diferentes.

Pode-se observar que houve uma diminuição gradativa da intensidade da dor do pré, pós- imediato e pós- quatro meses em todas as regiões corporais avaliadas, exceto na coluna dorsal. No entanto, essa diminuição foi significativa nos membros inferiores do pré para o pós- imediato e do pré para o pós- quatro meses e na coluna dorsal do pré para o pós- teste.

Na qualidade de vida, todos os domínios apresentaram melhora do pré para o pós- imediato, exceto nos aspectos físicos, que a mediana permaneceu a mesma nos dois momentos, mas foi um domínio que apresentou melhora significativa no pós- quatro meses. Pode-se observar que em todos os domínios houve uma melhora da qualidade de vida do pré para o pós- quatro meses, sendo essa melhora progressiva nos três momentos avaliativos nos domínios dor e saúde mental.

Com relação ao teste de Dunn, que verifica onde foi encontrada diferença significativa nos três tempos avaliativos, observa-se que houve melhora significativa nos domínios capacidade funcional, dor e aspectos emocionais do pré para o pós- imediato e do pré para o pós- quatro meses. Já na vitalidade, a melhora significativa foi encontrada do pré para o pós- imediato. Na saúde mental, houve melhora significativa do pré para o pós- quatro meses.

No ODI, pode-se observar diminuição das medianas, o que corresponde a uma diminuição da incapacidade funcional, sendo significativo do pré para o pós- quatro meses.

Tabela 3: Medianas e intervalos interquartílicos da intensidade da dor, qualidade de vida e funcionalidade dos do pré- teste, pós- imediato e 4 meses depois.

(continua)

Variáveis	Pré	Pós- imediato	Pós meses
Intensidade da dor			
Cervical (n=9)	6,6 (2,8-8,05) A	4,4 (2,8-5,1) A	2,4 (1,35-3,4) A
Dorsal (n=5)*	7,3 (4,5-9,5) A	6,1 (0,1-7,6) B	6,7 (0,45-7,1) AB
Lombar (n=18)	5,6 (1,57-7,82) A	3,15 (0-5,97) A	3,05 (0,97-5,1) A
Membros superiores (n=7)	6,8 (4,8-7,1) A	5,2 (0-9) A	1,4 (0-5,8) A
Membros inferiores (n=11)*	6,6 (3,3-8,7) A	1,5 (0-4,65) B	0,9 (0-5,2) B
Domínios do SF-36			

			(conclusão)
Capacidade funcional*	50 (35-75) A	70 (55-80) B	60 (50-82,5) B
Aspectos Físicos*	50 (0-75) A	50 (37,5-100) AB	100 (62,5-100) B
Dor*	41 (25-46,5) A	51 (41-62) B	52 (41-73) B
Estado Geral de Saúde	47 (43,5-59,5) A	52 (44,5-57) A	50 (38,5-59,5) A
Vitalidade*	55 (42,5-65) A	65 (55-70) B	60 (52,5-70) AB
Aspectos Sociais	75 (56,25-100) A	87,5 (62,5-100) A	87,5 (75-100) A
Aspectos Emocionais*	33,33 (16,65-100) A	100 (49,96-100) B	100 (49,99-100) B
Saúde Mental*	72 (44-84) A	76 (54-94) AB	80 (58-92) B
ODI*	32 (22-37) A	20 (10-22) AB	14 (8-29) B

* p<0,05 Nota: Letras iguais correspondem a medianas estatisticamente iguais e letras diferentes correspondem a medianas estatisticamente diferentes.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta dos pacientes com dor musculoesquelética crônica que frequentavam o Grupo da Coluna em relação à intensidade da dor, qualidade de vida e funcionalidade a curto e médio prazo.

O Grupo da Coluna promoveu uma diminuição gradativa da intensidade da dor em todas as regiões corporais avaliadas, exceto na coluna dorsal, entre pré, pós- imediato e pós- quatro meses. No entanto, essa diminuição foi significativa nos membros inferiores (entre pré e pós- imediato e pré e pós- quatro meses) e na coluna dorsal (entre pré e pós- imediato). Os estudos encontrados na literatura apresentam resultados apenas relacionados à dor lombar^{11,14}, o que dificulta a comparação dos resultados com outras regiões corporais.

A recuperação da dor musculoesquelética crônica ocorre em geral de forma lenta, sendo que o prognóstico é menos favorável para aquelas pessoas que têm níveis elevados de incapacidade funcional e de intensidade da dor e que possuem baixa escolaridade¹⁹. O presente estudo teve a participação em sua maioria de pessoas de baixa escolaridade e que apresentavam dor há mais de um ano, podendo esses fatores ter sido um dos limitantes para a diminuição da dor dos usuários.

A avaliação da funcionalidade no contexto da dor é importante, pois se sabe que a dor musculoesquelética crônica é uma das principais causas de incapacidade funcional⁷. Segundo Wadell²⁰, a incapacidade é uma alteração da capacidade do indivíduo para atender suas demandas pessoais, sociais ou profissionais por causa de uma deficiência, causando restrições para execução de suas atividades. Os resultados do presente estudo indicam que houve uma melhora gradativa da capacidade funcional dos usuários, sendo significativa do pré para o pós-quatro meses. De acordo com a classificação do questionário ODI, a incapacidade funcional passou de moderada para mínima do pré para o pós-teste e permaneceu mínima no pós-quatro meses. Estudos que avaliaram a funcionalidade no médio prazo não o fizeram por meio da análise do questionário ODI, o que impossibilita a comparação dos achados^{8,14}. Considerando a proposta do Grupo da Coluna de promover a saúde dos usuários por intermédio das mudanças de hábitos, especula-se que essa melhora no médio prazo se deve ao fato de que o maior intervalo entre as avaliações realizadas permitiu que a mudança de hábitos fosse mais efetiva na melhora da funcionalidade.

A dor crônica e a diminuição da funcionalidade podem ter efeitos negativos sobre a qualidade de vida dos indivíduos²¹. A análise da qualidade de vida é complexa, pois ela envolve fatores não só físicos como também psicológicos e sociais e é considerada um dos principais indicadores para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções²³. No presente estudo, os domínios capacidade funcional, dor e aspectos emocionais apresentaram

melhora significativa no curto e médio prazo. Já na vitalidade, a melhora significativa foi encontrada apenas no curto prazo. Assim como na avaliação da funcionalidade, houve melhora da qualidade de vida no domínio saúde mental apenas no médio prazo, mostrando que essas variáveis não apresentam melhora rápida.

Os achados deste estudo corroboram o estudo de Cesar, Júnior e Battistella, 2004¹³, em que os domínios aspectos físicos, dor e vitalidade apresentaram uma melhora significativa. O estudo de Tsukimoto¹⁴ apresentou melhora significativa nesses domínios e também no domínio capacidade funcional, assim como o presente estudo. Já Tavafian et al.¹⁵ encontraram resultados positivos em todos os domínios do SF-36 na avaliação no médio prazo.

A Escola Postural foi criada com o intuito de ser um tratamento em grupo com menor despesa de recursos do que os tratamentos convencionais, levando em consideração a alta prevalência de dor nas costas nos países industrializados⁸. A formação de grupos é de suma importância por agregar pessoas com dificuldades semelhantes e, a partir disso, fazer com que elas percebam que não estão sozinhas e que podem trocar experiências²⁴. Além disso, possibilita aos usuários atuar no processo de produção de saúde por meio dos aspectos operativo e educativo da ação, fazendo com que esses usuários deem sentido e significado à intervenção proposta²⁵. Os resultados positivos do Grupo da Coluna podem estar relacionados ao fato de o grupo ter sido formado com enfoque na dimensão subjetiva e educativa da intervenção²⁶, explorando a relação entre profissional e o usuário²⁷.

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que ações educativas, que possam interferir no processo saúde-doença de problemas prevalentes na população, como a dor crônica, sejam implementadas e difundidas na atenção básica²⁸. Dessa forma, programas realizados em grupo, como o Grupo da Coluna, são essenciais por promoverem a melhora da qualidade de vida e da saúde dos usuários.

A utilização dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor, funcionalidade e qualidade de vida é inquestionável no contexto da dor. O presente estudo está de acordo com as recomendações atuais feitas por Chapman et al.¹⁶, que realizaram um estudo avaliando as medidas de resultados comuns para o tratamento da dor lombar crônica. O estudo recomenda a avaliação dos domínios de maior importância que incluem dor, função e qualidade de vida. Além disso, pesquisas como a do presente estudo que visam verificar desfechos que são centrados no paciente, como, por exemplo, avaliação do sintoma (intensidade da dor), estado funcional e bem-estar (mensurados por meio da avaliação da funcionalidade e da qualidade de vida), são relevantes e possuem maior validade externa, pois dão enfoque especial ao autorrelato dos participantes e não estão centrados na avaliação do pesquisador^{29,30}.

Consideram-se limitações do estudo o baixo número amostral, que se deve à dificuldade de fazer com que o usuário retorne à UBS para realização da avaliação de médio prazo, após quatro meses da intervenção, e a ausência de grupo controle para comparação dos resultados. Apesar da importância da comparação dos resultados com grupo controle por evitar viés do resultado, optou-se por realizar o estudo sem

grupo controle por não ser considerado adequado deixar os usuários sem atendimento em função da pesquisa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o Grupo da Coluna é uma estratégia que contribui na diminuição da intensidade da dor dorsal e dos membros inferiores a curto e médio prazo. Na qualidade de vida, domínios, como capacidade funcional, dor e aspectos emocionais, apresentaram melhora a curto e médio prazo e a vitalidade no curto prazo. Já os aspectos físicos e a saúde mental e a funcionalidade apresentaram melhora no médio prazo. Mais pesquisas devem ser feitas a médio e longo prazo objetivando verificar os efeitos de programas interventivos na melhora da saúde de pessoas com dores musculoesqueléticas crônicas na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Mais saúde: Direito de todos: 2008-2011. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde; 2002.
3. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras.* 2010; 18(3): 127-3.
4. Almeida RM, Crispim EVN, Melo VM, Cardia MCG. Análise comparativa entre diferentes meios terapêuticos nas algias da coluna vertebral. *Rev. Bras. Cienc. Saúde.* 1999; 3(1): 29-36.
5. Knoplich J. Enfermidades da coluna vertebral: uma visão clínica e fisioterápica. 3.ed. São Paulo: Robe Editorial; 2003.
6. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3): 365-73.
7. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity. *Spine.* 2007; 32(4): 481-6. PubMed; PMID 17304141.
8. Andrade SC, Araújo AGR, Vilar MJP. Escola de coluna para pacientes com lombalgia crônica inespecífica: benefícios da associação de exercícios e educação ao paciente. *Acta Reumatol.* 2008; 33:443-50.
9. Tobo A, Khouri ME, Cordeiro Q, Lima MC, Brito Junior CA, Battistella LR. Estudo do tratamento da lombalgia crônica por meio da Escola de Postura. *Acta fisiatr.* 2010; 17(3): 112-16.
10. Cohen JE, Goel V, Frank JW, Bombardier C, Peloso P, Guillemin F. Group Education Interventions for people with low-back-pain – an Overview of the Literature. *Spine.* 1994; 19: 1214-22. PubMed; PMID 8073312
11. Martins MRI, Foss MHD, Santos Junior R; Zancheta M, Pires IC, Cunha AMR, *et al.* A eficácia da conduta do Grupo de Postura em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Dor.* 2010; 11(2): 116-21.
12. Borges RG, Vieira A, Noll M; Bartz PT, Candotti CT. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. *Motriz.* 2011; 17(4): 719-727.
13. Cesar SHK, Júnior CAB, Battistella LR. Análise da qualidade de vida em pacientes de Escola de Postura. *Acta Fisiátr.* 2004; 11(1): 17-21.
14. Tsukimoto GR, Riberto M, Brito CA, Battistella LR. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). *Acta Fisiatr.* 2006; 13(2): 63-9.
15. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8(21). PubMed; PMID 17328809.
16. Chapman JR, Norvell DC, Hermsmeyer JT, Bransford RJ, DeVine J, McGirt MJ, Lee MJ. Evaluating Common Outcomes for Measuring Treatment Success for Chronic Low Back Pain. *Spine.* 2011; 36(21S): S54–S68. PubMed; PMID 21952190.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50.
18. Vigatto R.; Alexandre NMC.; Correa HR. Development of a brazilian portuguese version of the oswestry disability index: crosscultural adaptation, reliability, and validity. *Spine.* 2007; 32(4): 481-86. PubMed; PMID 17304141.
19. Costa LCM, Maher CG, Mcauley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ.* 2009; 339(b3829): 1-8. PubMed; PMID 19808766.
20. Waddell G. *The Back Pain Revolution.* 2.ed. New York: Churchill Livingstone; 2004.
21. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2003; 81: 646-56.
22. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine.* 2004; 15(S2): S192–S300. PubMed; PMID 16550448.
23. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva.* 2000; 5(1): 7-18.
24. Ferla L, Rohde L, Paiva L. Fisioterapia em um grupo de reeducação perineal masculino. *Fisioterapia Brasil.* 2011; 12(2): 107-12.
25. Waschauer M, D'urso L. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. *Saúde Soc.* 2009; 18(2): 104-7.
26. Warschauer M. "Lazer e Saúde": as práticas corporais no sistema público de Santo André [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
27. Carvalho YM. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. In: Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006 p.33-45.
28. Brasil, Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
29. Rothwell PM. Treating individuals 2. Subgroup analysis in randomized controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet.* 2005; 365(9454): 179-186. PubMed; PMID 15639301.
30. Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, van Tulder M. 2009 Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine.* 2009; 34(18): 1929–41. PubMed; PMID 19680101.

REFLEXÕES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS DE AGRAVOS À SAÚDE

Reflections on the Specialized Rehabilitation Care Network of Children and Adolescents with Chronic Conditions Diseases

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz

Carla Trevisan Martins Ribeiro

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz

Paula Thomazinho de Almeida

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz

Nicolette Celani Cavalcanti

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz

Fabiano Luiz dos Santos

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz

Endereço de Contato:

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá
Endereço: Rua Marechal Raul de Albuquerque 273/705
Charitas - Niterói - RJ –
CEP: 24370-025
E-mail: calheirosa@uol.com.br / mcalheiros@iff.fiocruz.br

Resumo

Indicadores sociodemográficos e de saúde têm destacado a mudança do perfil epidemiológico da população infantojuvenil, particularmente no Brasil, onde se percebe uma rápida transição das condições de saúde dessa população com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade e aumento das condições de agravos crônicos. Em 2003, foi proposto um modelo de atenção à saúde de pessoas com condições crônicas pela Organização Mundial de Saúde, considerando as singularidades do cuidado em saúde para essa população, que implica em uma mudança no conceito de cuidado dentro do sistema de saúde vigente. O que se nota é a necessidade de uma reorientação do foco de atenção no campo da saúde da criança. Entretanto, a literatura disponível apresenta uma lacuna nessa área de conhecimento, com relação à produção acerca do tema das redes de atenção à saúde da criança e do adolescente cronicamente adoecidos no Brasil. Assim, este ensaio pretende produzir uma reflexão teórica no campo dos estudos sobre rede de atenção à reabilitação em condições crônicas de saúde infantojuvenil no Brasil.

Palavras-chave: Condições crônicas de saúde. Rede de Atenção à Saúde. Criança, Adolescente.

Abstract

Sociodemographic and health indicators have highlighted the change in epidemiological profile of children and adolescents, particularly in Brazil, where we can see a rapid transition of health conditions of this population, with relevant changes in morbidity and mortality and an increase in conditions of chronic diseases. In 2003, it was proposed a model of attention to the health of people with chronic conditions, by the World Health Organization, considering the singularities in health care for this population, which implies a change of the existing health system assistance. What is noticeable is the need for a reorientation of the focus of attention in the field of child health. However, the available literature shows a gap in this area of knowledge, with respect to production on the theme of networks of health care for children and adolescents chronically ill in Brazil. Thus, this essay aims to produce a theoretical reflection on the field of studies of attention to network rehabilitation in chronic conditions of juvenile health in Brazil

Keywords: Chronic conditions. Health Care Network. Child. Adolescent

INTRODUÇÃO

Quando refletimos sobre a mudança do perfil epidemiológico, em especial da população infantojuvenil brasileira nos últimos 13 anos, notamos

uma rápida transição das condições de saúde¹. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011² registram queda das doenças agudas ante uma constante elevação das condições crônicas de saúde na população brasileira, o que Eugenio Vilaça Mendes denominou de “epidemia das doenças crônicas”³.

Na literatura, identificam-se várias definições para doença crônica. Entre essas, considera-se doença crônica aquela que tem um curso longo, em geral incurável, que pode deixar sequelas ou impor limitações aos indivíduos^{4,5}.

A Organização Mundial da Saúde propôs, em 2003, um modelo de atenção à saúde de pessoas com condições crônicas (MACC) denominado como “*Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas*”⁶. Para tanto, foram consideradas como condições crônicas tanto as doenças não transmissíveis (doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma) quanto algumas doenças transmissíveis, como o HIV/AIDS, a tuberculose, a hanseníase, as doenças mentais⁷. Mendes⁸ considera ser esse um documento básico para se entender os fundamentos das redes de atenção à saúde por introduzir uma visão tipificada das enfermidades.

A partir de então, compreende-se como doenças crônicas o grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por: multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão, exacerbação e evolução para incapacidades⁹.

A doença crônica, quando acomete uma criança ou adolescente, sujeito

ainda em fase de desenvolvimento e completude, constitui-se em um caminho por vezes longo, difícil e imprevisível. A vida das crianças e adolescentes, e de toda a família, passa a ser regida pela doença, com inúmeros contatos com médicos, exames, hospitalizações e procedimentos aversivos¹⁰. Essas crianças e adolescentes necessitam de atenção integrada, associada a programas de educação em saúde para o autocuidado e de apoio em suas comunidades, além de políticas abrangentes para a promoção da saúde e para prevenção ou manejo eficaz das condições crônicas⁸.

Entretanto, a despeito do avanço das condições crônicas, o sistema de saúde não se mostra preparado para enfrentá-las. No Brasil, os serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender às condições agudas⁸.

Dessa maneira, o cuidado em saúde para essa população cronicamente adoecida, ou que convive com o adoecimento crônico, demanda uma mudança no conceito até então vigente no sistema de saúde brasileiro com assistência pautada sob níveis de complexidade dos agravos e doenças.

Com vistas à investigação na literatura do tema das redes de atenção à saúde da criança e do adolescente cronicamente adoecido no Brasil, foi realizada uma busca na base de dados Medline por meio do PubMed, delimitada em artigos científicos no período de dez anos, com início em 2003 e término em 2013. Este período de corte temporal se deu em função da publicação, em 2003, de documento elaborado pela OMS acerca do MACC. Como o campo da saúde da criança e do adolescente são as interfaces teóricas do presente estudo, e o foco de interesse são as redes de atenção à saúde em reabilitação,

foram associadas ao descritor doença crônica as palavras reabilitação e rede de cuidados continuados em saúde, tendo como limites dessa busca os unitermos criança e adolescentes, como se segue: “Chronicdisease” [AllFields] AND “Rehabilitation” [MeSHTerms] AND “Delivery of Health Care” [MeSHTerms].

Devido ao caráter exploratório da pesquisa, considerou-se importante analisar apenas aqueles artigos que abordassem as questões relativas à formação de rede de atenção em reabilitação. Dessa maneira, foram excluídos artigos que abordavam dor crônica, aspectos econômicos, fatores de risco para doença crônica, uso da tecnologia da informática para informações em saúde, equipamentos, métodos diagnósticos. Ao final, foram incluídos sete artigos para análise (Arafa, 2008; Castro, 2002; Moreira & Goldani, 2010; Sawyer & Aroni, 2005; Secker, 2006; Tribble 2008; Vieira & Lima, 2002), tendo sido encontrado apenas um (Ribeiro et al., 2010b) com foco na realidade brasileira.

Partindo de tais considerações, este ensaio teórico busca suprir algumas lacunas na área específica do conhecimento relativo ao desenvolvimento da rede de atenção à saúde infantojuvenil nas condições crônicas de saúde. Explorando as contribuições e os limites das definições, conceitos e especificidades, pretende-se realizar uma reflexão teórica no campo dos estudos sobre rede de atenção à reabilitação em condições crônicas de saúde infantojuvenil no Brasil.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS AÇÕES DE REABILITAÇÃO NO BRASIL

As ações de reabilitação no Brasil têm duas fases bastante distintas, sendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o seu marco divisor¹¹. Antes da reforma sanitária e da criação do SUS, em 1988, as ações de promoção à saúde eram restritas à parcela da população que contribuía com um seguro social para desfrutar de tal benefício, o que custou uma importante limitação do acesso aos serviços^{11,12}. As ações de saúde pública eram de caráter preventivo e coletivo, voltadas para algumas doenças ou grupos populacionais, e a assistência médica individual era de competência do sistema previdenciário.

Os programas de reabilitação para a assistência ao portador de necessidades especiais não eram de competência de nenhuma esfera governamental, ficando a cargo da filantropia e das poucas instituições públicas do sistema previdenciário¹³. Até a implantação do SUS em 1990¹⁴, as ações de reabilitação percorreram um cenário sob influência da política de saúde vigente até então que prestava assistência de forma superficial, pautada em um modelo de estímulo à expansão do setor privado^{11,15,16,17}.

Contudo, o grande volume de recursos exigido para a assistência curativa gerou uma grande crise no sistema previdenciário, sendo necessário repensar a política de saúde. A reforma política de saúde brasileira permitiu a construção de um sistema de assistência mais universal, com extensão da oferta de serviço para a atenção básica. Nascia, assim, o SUS,

estabelecendo a saúde como direito universal e concebendo-a de maneira integral, preventiva e curativa^{14,18}.

Após a criação do SUS, houve uma mudança na configuração da prestação de serviços médicos e de reabilitação, uma vez que a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. O novo sistema de saúde brasileiro firmou um compromisso social abrangente, justo e democrático, conferindo ao Estado o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde^{11,19}.

Ocorreu, portanto, a descentralização do poder decisório do governo federal (Ministério da Saúde) para os vários níveis de governo (União, Estados e Municípios), redistribuindo as responsabilidades quanto às ações de saúde para as secretarias de saúde estaduais e municipais^{11,17}.

Com o SUS, os programas de reabilitação brasileiros passaram a ter administração federal, sendo o Ministério da Saúde (MS), gestor e planejador das ações de saúde. As diversas instâncias governamentais (Federal, Estaduais e Municipais) passaram a desenvolver programas de reabilitação para deficientes na Rede Pública de Saúde¹³. Uma rede de serviços especializados em reabilitação começou a ser criada nos municípios ainda que timidamente¹⁸.

Uma série de atos legais foram, então, criados a fim de incluir a atenção à saúde de pessoas com necessidades especiais, com ênfase nas ações de promoção à saúde, de reabilitação e de inclusão social.

Nesta perspectiva de atenção integral, o MS estabeleceu critérios e diretrizes gerais para os serviços de reabilitação com um modelo de assistência multidisciplinar, porém a adequação e implementação dessas normatizações ficava a cargo dos gestores estaduais e municipais, por meio das secretarias de saúde e de acordo com a necessidade e realidade locais^{12,20}.

Cabe ressaltar que, por Atenção Especializada em Reabilitação, entendem-se reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, conforme será definido por documento normativo²¹.

A Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 818, de 5 de junho de 2001, preconiza a estruturação das Redes de Reabilitação Física e orienta as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal a organizarem suas redes integradas por serviços hierarquizados, com diferentes níveis de complexidade²².

Com os municípios passando a administrar seus serviços, as Secretarias Municipais de Saúde assumiram o desafio de oferecer, de maneira mais sistemática, ações voltadas para o atendimento integral às múltiplas necessidades do deficiente, em acordo com os princípios do SUS²³.

Começou, assim, a criação de uma rede de atendimento de reabilitação, hierarquizada por níveis de complexidade, afinada ao sistema de saúde, de modo a assegurar ao usuário uma rede de referência e contrarreferência, além de tentar contemplar as necessidades de cada área de planejamento municipal^{15,23}. Contudo, essas redes, em alguns

municípios, ainda se encontram-desarticuladas com outros setores da saúde, da gestão pública e do setor privado, como constatado por Ribeiro¹⁹ no município do Rio de Janeiro.

Deve-se ressaltar que essas ações de reabilitação foram pioneiras no Brasil, uma vez que não é simples colocar em prática uma política tão abrangente. Apesar de todo o esforço do Estado para tentar organizar o sistema de saúde em rede, de fato, este parece existir de forma incipiente. Outrossim, o sistema de saúde brasileiro ainda se encontra fragmentado, organizado por níveis de complexidade, o que se mostra incoerente com o conceito de saúde preconizado pela atual política de atenção à saúde brasileira³.

De acordo com o relatório da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) de 2007²⁴, muitos países têm uma legislação adequada além de políticas de reabilitação, mas a implantação dessas políticas e a criação de serviços de reabilitação encontram barreiras sistêmicas, entre as quais: falta de planejamento estratégico, com distribuição inadequada dos serviços; de recursos e de infraestrutura de saúde; de agência para administrar, coordenar e monitorar os serviços de reabilitação; sistemas de informação em saúde insuficientes e estratégias de comunicação entre os setores de assistência inadequadas; sistemas complexos de encaminhamento de pacientes que limitam o acesso; ausência de envolvimento com as pessoas com deficiências, por meio de consulta às organizações destas pessoas ou suas famílias sobre planejamento, implantação e avaliação dos programas de reabilitação.

Segundo o referido relatório da CDPD, nos diversos países, os principais centros de reabilitação, em geral, ficam nas áreas urbanas, o que pode trazer dificuldades para o acesso. Viajar para obter serviços de reabilitação pode ser caro e demorado, além da falta frequente de adaptação do transporte público a pessoas com dificuldades de locomoção²⁴.

Ao ratificar a CDPD, o Brasil assumiu o desafio de harmonizar seu arcabouço legal e adequar suas políticas públicas às propostas preconizadas em 2007. Conforme o Decreto nº 6.949 em 2009, o governo brasileiro, como Estado Parte da Convenção, deve submeter relatório abrangente sobre as medidas adotadas em cumprimento de suas obrigações estabelecidas e sobre o progresso alcançado ao menos a cada quatro anos²⁵.

No primeiro relatório nacional sobre o cumprimento das disposições da CDPD, referente ao período de 2008 a 2010, os dados oficiais apresentados são pouco esclarecedores. Segundo o relatório, a implantação da Rede de Serviços de Reabilitação Física atingiu, em 2010, 73% do previsto em portaria específica, com 158 serviços. Já em relação aos serviços de reabilitação para pessoas com deficiência mental e autismo, haviam sido cadastrados 1.000 serviços de deficiência intelectual/autismo conveniados ao SUS. Em relação aos serviços de reabilitação para deficiência visual, foi mencionada previsão de implantação de, no mínimo, 75 serviços de Reabilitação Visual vinculados à Rede de Assistência em Oftalmologia do SUS, mas o prazo não foi declarado²⁶.

Ainda de acordo com o relatório 2008-2010, a implantação de tais serviços de reabilitação em pequenos municípios é inviabilizada pela necessidade de certo grau de densidade tecnológica, concentrando-se nas capitais e grandes cidades. A orientação para as áreas rurais, assistidas pela Saúde da Família, é o encaminhamento das pessoas com deficiência para os centros urbanos, para atenção especializada em reabilitação e recebimento de tecnologias assistivas²⁶. No entanto, a CDPD de 2007 preconiza que, com exceção de necessidades complexas, os serviços de reabilitação sejam integrados à assistência primária e secundária, em serviços próximos à residência, pelos motivos já expostos²⁴.

Em 2012, a Portaria nº 793 do Ministério da Saúde institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, composta pela Atenção Básica, pela Atenção Especializada em Reabilitação e pela Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Essa Portaria determina que os pontos de Atenção Especializada em Reabilitação se constituam em serviços regulados, com funcionamento segundo base territorial, e que se estabeleçam como referência de cuidado em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências²¹.

É importante considerar que as deficiências físicas não se encontram apenas associadas aos acidentes e violências, como frequentemente é observado, mas também como sequela de condições crônicas de agravos à saúde, como malformações congênitas e síndromes. Esse fator é de sobremaneira importante para a identificação e planejamento adequado das ações de saúde para essa área específica do cuidado, principalmente ao se pensar a população infantojuvenil

^{27,28}

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE CRONICAMENTE ADOECIDOS

Ao observarmos a literatura disponível, percebe-se que, desde 2003, a OMS estabeleceu uma definição clara de condições crônicas de saúde⁷. Entretanto, ao se buscar na literatura textos que possam embasar a discussão acerca das redes de atenção, nota-se uma carência de estudos, a despeito de um progressivo aumento da prevalência dessas condições na população infantojuvenil. Sabe-se que as condições crônicas de saúde podem afetar essa população em uma miríade de aspectos e, além dos complexos regimes de cuidados de saúde, estes podem ser afetados em seu crescimento e desenvolvimento.

Secker et al.²⁷ destacam a importância de um efetivo modelo de regionalização de cuidados de saúde para a população cronicamente adoecida, a fim de evitar a impossibilidade do acesso aos serviços de saúde, ou a excessiva dependência de seus cuidadores e familiares. Além disso, aponta que o fato de existir um sistema de atenção à saúde fragmentado pode resultar em mecanismos que resultem em potenciais falhas nesse sistema, com sobrecarga dos cuidadores. Sugere para a população infantil um sistema de cuidados com associação estreita entre os diferentes serviços prestadores de atenção a crianças com deficiências ou condições crônicas de saúde, incluindo o planejamento da transição para as clínicas de cuidados de adultos, ações estas focadas em uma perspectiva abrangente centrada no cuidado do paciente, que permita aos

familiares “navegar” em um *continuum* de cuidados.

Sawyer e Aroni²⁸ apontam três conceitos relativos à doença crônica e aos adolescentes, destacando a questão da aderência a um regime de tratamento com rotinas exaustivas e prolongadas, o qual pode se tornar uma das maiores fontes de tensão entre os adolescentes e seus pais. Aponta, ainda, a importância de que se tenha um processo de transição dos cuidados pediátricos para a clínica de adultos, inclusive com equipes multiprofissionais que possam participar diretamente nessa transição de serviços, e que esses serviços contenham espaços designados para pessoas jovens com necessidades especiais de cuidados, especialmente daqueles que demandam contínua atenção de especialistas, como nos processos de atenção multidisciplinar na área da reabilitação. Finalizam sua discussão com a questão da educação para o autocuidado, e de como essa população deve considerar a promoção das melhores práticas para favorecê-lo. Destacam que para que esses pontos sejam exitosos no cuidado a longo prazo de uma população juvenil, é necessário e premente o estabelecimento de uma parceria entre pais, profissionais de saúde e pacientes.

Campos²⁹ chama a atenção para o fato de que um importante pilar de sustentabilidade do SUS é a reorientação dos serviços de saúde. Nesse caso, o trabalho em rede de atenção à saúde caracteriza-se como uma das estratégias para alcançar essa reorientação.

Em 2013, foi instituída pela Portaria nº 252 do Ministério da Saúde a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

Segundo a referida Portaria, essa Rede tem como finalidade realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, por meio de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde³⁰.

A Rede de Atenção à Saúde consiste em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema. Dentre os seus princípios e diretrizes, destacam-se: humanização da atenção, cuidado realizado por equipes multiprofissionais, monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores, atuação territorial a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, com articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde e formação profissional e educação permanente^{31,32}.

Documentos anteriores reforçam a importância da integração dos serviços assistenciais e como esta pode favorecer o acesso ao cuidado de saúde que o usuário necessita²⁴. Entretanto, em toda América Latina, as redes de atenção à saúde mostram-se ainda incipientes. Mendes³ destaca que, no Brasil, algumas experiências têm sido relatadas, tanto nas secretarias estaduais quanto nas municipais de saúde, em que o princípio da integralidade aparece como eixo norteador. Nestas destacam-se também os princípios do acesso assegurado, da integração vertical e horizontal e o conceito de território como fundamentais.

Enfocando o processo de transformação da atenção em saúde, surge cada vez mais a necessidade de se examinar as práticas em saúde dos profissionais em relação aos seus pacientes com condições crônicas de saúde. Um importante aspecto a ser estudado com relação à formação de redes de atenção é a questão das intervenções de empoderamento, a partir da atuação dos profissionais de saúde envolvidos no processo, e como eles realmente se sentem capacitados para seu desempenho em atendimento domiciliar no contexto de problemas crônicos de saúde. Tribble et al.³³, particularmente, abordam essa questão, destacando que o estudo desses aspectos irá reforçar um crescente corpo de conhecimento sobre a referida capacitação.

Compreende-se, assim, que o trabalho em rede, em que as ações de promoção da saúde ocorram transversalmente dentro do sistema de saúde, poderia em muito favorecer o desenvolvimento dos aspectos anteriormente citados, trazendo à criança e ao adolescente cronicamente adoecidos, assim como a seus familiares e cuidadores, um suporte efetivo, que minimizaria riscos de sobrecarga e estresse, além de favorecer a integração social e a qualidade de vida desta população³⁴.

REFERÊNCIAS

1. Moreira, MEL; Goldani, MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciê. Saúde Coletiva* 2010;15(2), p. 321-327.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente, neste estudo, a necessária e adequada articulação de todos aqueles que prestam cuidados às crianças e adolescentes não só no que diz respeito à própria organização como também com relação à comunidade e serviços de apoio, considerando o paciente sempre no centro de todo esse processo. Somente com uma assistência planejada e coordenada, isto é, em ação organizada entre todos se conseguirá alcançar os objetivos que visam uma melhor qualidade de vida para essa população.

Cabe ressaltar, ainda, a importância do estudo de uma rede social de prestação de cuidados como subsídio, fornecendo informações úteis para a detecção de eventuais problemas dentro do sistema de saúde vigente, assim como para a criação de soluções com vistas à melhoria da gestão da qualidade dos processos de trabalho dentro dos sistemas de atenção à saúde.

4. Woods NF, Yates BC, Primono J. Supporting families during chronic illness. *Image: J Nurs Scholarship* 1989; 21(1):46-50.
5. Tetelbom M, Falceto OG, Gazal CH, Shansis F, Wolf AL. A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. *J Pediatría* 1993; 60(1):5-11.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.
7. Moreira MCN, Sá MRC, Gomes R. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14890. Acesso em: 1 fev. 2014.
8. Mendes EV. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.
9. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9(4):931-943.
10. Vieira M. A., Lima R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(4):552-602.
11. Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 11-41.
12. Brasil, Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da saúde 2006.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da pessoa portadora de deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde;1993. Disponível em: www.inep.gov.br/PESQUISA/BBE-ONLINE/det.asp?cod=53152&type=M. Acesso em: 26 nov. 2009.
14. Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.
15. Ribeiro C T M. Estudo da Atenção Fisioterapêutica para Crianças Portadoras da Síndrome de Down no Município do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
16. Paulus Jr A, Cordoni Jr L. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev Espac Saude*. 2006 ;8(1):13–9.
17. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface Comum Saude Educ*. 2006 ;10(19): 25–41.
18. Ribeiro, CTM, Ribeiro MG, Araújo APQC, Mello, LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam salud Publica* 2010b; 28(1): 43-8.
19. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/costrucao_do_SUS.pdf.
20. Brasil. Ministério de Educação e Cultura (MEC). Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades Especiais. Secretaria de Educação Especial. CORDE. Brasília: MEC- SEESP; 1995.
21. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 818, de 05 de junho de 2001. Organização e implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
23. Coelho AEBD, Lobo ST. Gestão participativa na organização de uma rede de reabilitação em saúde pública. *Rev Virt Gestão Iniciat Soc* 2004;1:37-45.
24. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf. Acesso em: 28 jan. 20114.
25. Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, 30 de março de 2007.
26. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. 1º Relatório nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010. Publicado no DOU em 05/04/2011. Disponível em: <http://www.consultas.governoeletronico.gov.br/ConsultasPublicas/consultas.do;jsessionid=8518D85D59AF48570C927C95B6A8B548?acao=exibir&id=82>. Acesso em:
27. Secker B, Goldenberg M.J., Gibson B.E., Wagner, F, Parke B., Breslin J, Thompson A, Lear JR and Singer P.A. 2006. Just regionalisation: rehabilitating care for people with disabilities and chronic illnesses. *BMC Medical Ethics* 2006; 7:9. doi:10.1186/1472-6939-7-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/9>.
28. Sawyer SM, Aroni RA. Self-management in adolescents with chronic illness. What does it mean and how can it be achieved? *MJA* 2005; 183 (8):405-409.
29. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2):301-306.
30. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 252, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.34 p.: il.
33. Tribble DSTC., Gallagher F, Bell L, Caron C, Godbout P, Leblanc J, I Morin P, Xhignesse M, Voyer L, Couture M. Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: perspectives of home care professionals, clients and caregivers. *BMC Health Services Research* 2008; 8:177. Doi:10.1186/1472-6963-8-177. Available from: www.biomedcentral.com/1472-6963/8/177.
34. Arafa MA, Zaher SR, El-Dowaty AA, Moneeb DE. Quality of life among parents of children with heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6:91. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/6/1/91>.

LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LA UNIVERSIDAD DE GRANADA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD FAMILIAR

Training in Public Health at the University of Granada and its relationship with Family Health

João José Batista de Campos

Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (Brasil) & Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO)

Francisco Torres González

Docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Granada

Regina Melchior

Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Manuel Gurpegui Fernández de Legaria

Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Granada.

Arthur Vizzotto Zolin

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina

Gabriela Cristine Queiroz Maria

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina

Maria Soledad Quesada Muñoz

Graduanda em Medicina pela Universidade de Granada

Resumen

La Atención Primaria de Salud ha sido, desde 1983, una de las prioridades de la administración sanitaria andaluza. Este informe sobre la investigación realizada se desarrolla de acuerdo con esta prioridad y, al mismo tiempo, se presenta en un momento que, debido a la crisis financiera en Europa, el sistema de salud pública está sometido a un proceso de revisión

para que sea aún más eficiente. El informe tiene como objetivo analizar la formación del estudiante de Medicina en Andalucía. Para ello, se consideran los aspectos relacionados con la educación médica de Grado en Atención Primaria y Medicina Familiar vinculados a la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. Utilizando para ello enfoques cuantitativos y cualitativos como estrategias de aproximación a la realidad, siendo la percepción de los estudiantes clave en el proceso. Los estudiantes de Medicina piensan que es necesario un cambio real en las metodologías de enseñanza y aprendizaje, en el cual tengan un papel más activo. En cuanto a Medicina de Familia, hay que aumentar la importancia como disciplina académica, y por tanto, la presencia de dicho campo dentro de la Universidad. La evaluación continua del proceso de educación permanente en salud es un componente clave para los ajustes necesarios y la búsqueda persistente de acumulación de poder técnico y político, para la institucionalización y la sostenibilidad de un cambio efectivo del Grado en España. Investigación vinculada a Rede Ibero-americana de Investigadores "MARISTAN" integrada a la Associação Universitária Ibero-americana de Pós-graduação – AUIP.

Palabras clave: Currículum. Educación Médica. Salud Pública. Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria de Salud. Medicina Preventiva.

Abstract:

Primary Health Care has been, since 1983, one of the priorities of the

Andalusian health administration. This report develops research conducted under this priority and at the same time, comes in a time when, because of the financial crisis in Europe, the public health system is subject to a review process in order to be even more efficient. The report aims to analyze the medical student training in Andalusia. To do this, we consider the aspects of medical education graduation in Primary Care and Family Medicine linked the Faculty of Medicine of the University of Granada. Using for that quantitative and qualitative approaches as strategies of approximation to reality, being the perception of students key in the process. Medical students believe a real change in teaching and learning methodologies is necessary, in which they have a more active role. As for Family Medicine, it must be increased its importance as an academic discipline, and therefore the presence of the said field within the university. The continuous evaluation of the process of permanent education in health is a key component for the necessary adjustments and the persistent pursuit of accumulation of technical and political power to the institutionalization and sustainability of an effective change of the graduation in Spain. Research linked to the Ibero-American Researchers Network "MARISTAN" integrated to the Ibero-American University Association of Post-graduation – AUIP.

Keywords: Currículum. Medical Education. Public health. Community and Family Practice. Primary Health Care. Preventive Medicine.

Contextualización

El interés en la comprensión de las diferencias y similitudes entre el sistema de salud en España y en Brasil, como campo de conocimiento y la formación educativa en dicho campo reside en el hecho de que ambos sistemas consideran el nivel primario como centro del sistema.

La Constitución Española (1978) garantiza el "derecho a proteger la salud de los ciudadanos" y la Ley General de Sanidad (1986), regula este derecho estableciendo la organización del sistema con las Estructuras Básicas de Salud, los Equipos de Primaria y los Servicios Especializados.

La totalidad de la población tiene, prácticamente, asegurado un médico y una enfermera de familia, con un equipo de Atención Primaria al menos, si hablamos de ciudades con cerca de 5.000 habitantes. El proceso de reforma de los sistemas sanitarios de la Unión Europea intenta responder a una orientación política que busca aumentar la participación ciudadana.

La notable diferencia entre el sistema de salud español y el brasileño está en el contexto de la evolución de cada uno, es decir, entender que el sistema de salud es parte de la sociedad y al mismo tiempo, es el producto de la misma. En España el tiempo del sistema de salud es otro, ya que el punto que define la política pública es un país desarrollado.

Por lo tanto, hablamos de los cambios operados en la realidad social, en la conciencia y las demandas de los ciudadanos con el Estado en un escenario de una sociedad democrática, consci-

ente de sus derechos, como la universalidad de los servicios de salud, a la disposición de todos los segmentos de la sociedad, incluyendo tanto los sectores más críticos de la población como aquellos cuyo nivel económico es mayor.

En 2015, el sistema de salud pública español alcanzó el 100% de la población: el 80% del gasto en salud es público (7,6% del PIB) y el 20% es privado. El gasto farmacéutico es, en promedio, el 25% del gasto total del sistema, y desde en el año 2002 la mayor parte de la gestión del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) fue transferida a las comunidades autónomas, completando así, el procedimiento previsto para la descentralización en la Constitución Española.

La comparación con el sistema de salud español debe tener en cuenta las dimensiones de los dos países en cuanto a superficie de territorio y a número de habitantes. En términos de dimensión territorial, en Brasil la cifra que le corresponde es de 8.515.767 km², mientras que en España es de 504.030 km². En cuanto a tamaño de la población en 2014 es 47 millones de españoles en comparación con 201 millones de brasileños, aproximadamente. Por otro lado, es necesario señalar que en términos de pirámide poblacional existe un gran envejecimiento de la población española.

Los servicios primarios trabajan con equipos de especialistas médicos en los niveles secundario y terciario, mientras que la proporción recomendada por la Política Nacional Nueva para la Atención Primaria en Brasil es de 1 a 2.000 personas y un máximo de 4.000 personas contra 1 para 1.000-1.400 de personas en España.

En Brasil, cualquier médico licenciado en Medicina puede actuar en el nivel primario en el sector público, mientras que en España solo puede ejercer en esta área un médico que haya completado la residencia en Medicina de Familia.

Por el contrario, en Brasil se entiende que las actividades de Atención Primaria y de Salud de la Familia se enseñan por completo durante el desarrollo del Grado. La realidad muestra que la educación médica en el país sigue privilegiando el nivel especializado y hospitalario, pero no a la Atención Primaria y la Salud Familiar.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, con casi 500 años de existencia, incluye en el proyecto pedagógico correspondiente a la nueva formación curricular en el Rotatorio Clínico en la Atención Primaria de Salud, que comienza la primera promoción de este GRADO en 2015/16, manteniendo aún así una estructura de enseñanza tradicional del primer al quinto curso.

Analizar la educación médica de Grado en lo concerniente a la Salud Pública, Medicina Preventiva y Atención Primaria de Salud dentro del Plan de Estudios del Grado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada y la relación de estos contenidos con la Medicina de Familia en la formación del estudiante a partir de esta investigación, dando especial importancia a la opinión de los estudiantes.

Descripción de la experiencia

Se adoptarán en esta investigación enfoques cualitativos como una estrategia de aproximación a la realidad y profundización de la complejidad de los temas tratados e implicados, utilizando también los datos cuantitativos.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron las siguientes: grupo focal de discusión – con los delegados de los estudiantes de medicina y encuesta de percepción y entrevistas semiestructuradas con los profesores y con los gestores.

La ejecución de todas las entrevistas y de los grupos focales se llevaron a cabo por un solo entrevistador, en forma oral, grabada y transcrita por estudiantes de medicina colaboradores de esta investigación, brasileños y una española.

Con esta estrategia garantizamos una mayor validez de los datos, ya que los problemas y las limitaciones de un determinado método se pueden compensar con el uso de otros procedimientos, como el análisis de documentos y además a través de conversaciones informales con profesores, gestores y estudiantes de 1º a 6º curso.

Toda esta información adicional está ayudando en el análisis de los datos. El material reunido se definió como el *corpus* de investigación. Los aspectos éticos y legales del proyecto de investigación fueron aprobados por parte del Comité de Ética para Análisis de Proyectos de Investigación del respectivo Centro de Estudios. Los participantes firmaron el consentimiento informado después que fueron explicados los objetivos generales del estudio y asegurada la confidencialidad de sus identidades.

Resultados preliminares:

La Facultad de Medicina de Granada, fundada en 1532 en la ciudad de Granada, cuya importancia histórica a nivel nacional es indiscutible, completará de aquí a menos de dos décadas 500 años de existencia.

Con los responsables del Grado en Medicina de la UGR se incluyeron cuatro directivos que ocupaban los puestos de Decano, Coordinador del Grado y dos Directores de Departamento, que hablaron sobre la caracterización de la evolución de la medicina en general y del área de Medicina Preventiva y Atención Primaria en este contexto.

En las entrevistas individuales con los profesores responsables de las asignaturas o actividades desarrolladas, por el área de Salud Pública en el Grado de Medicina, se incluyeron cuatro profesores identificados como personas clave. Algunos de ellos responsables de las actividades más directamente relacionadas con el área de Salud Pública, que tradujo la configuración de Medicina Preventiva y sus diversas dimensiones de funcionamiento.

Se formó un grupo focal de 10 estudiantes de la UGR pertenecientes a todos los cursos de 1º a 5º (Grado) y, específicamente, una entrevista personal con el delegado de 6º curso (Licenciatura).

El grupo focal se llevó a cabo a partir de un guión semiestructurado, que también se utilizó en la entrevista con la delegada de 6º grado.

Para fines de verificación de los datos, se utilizó un cuestionario semiestructurado para entrevistas individuales con los gestores y con los profesores se-

leccionados. El cuestionario constó de algunas preguntas de orientación con el fin de conocer el proyecto pedagógico de la Facultad de Medicina en su proceso de constitución, en sus principios fundamentales, en sus directrices y en sus mecanismos de evaluación; para caracterizar el perfil del área de Salud Pública en sus dimensiones estructurales, curriculares y pedagógicas con la intención de entender sus objetivos y significados.

Guiados por estos objetivos y abordando los puntos equivalentes, los guiones de las entrevistas y los grupos focales fueron adaptados a los diferentes participantes: gestores, profesores y estudiantes.

La especialidad de Medicina de Familia se creó en España en 1978, de igual forma que todas las especialidades médicas fueron instauradas vía MIR – Médico Interno Residente (sistema de formación de especialistas médicos a nivel de Postgrado), en el mismo año.

A partir de ese momento las residencias médicas dejan la Universidad y el Gobierno se ocupa de ellas dentro del sistema sanitario, convirtiéndose en una formación con pacientes dentro de los Centros de Salud y de los Hospitales,. Generando, así, una pérdida de poder importante por parte de la Universidad en el proceso de formación del profesional médico.

Por otro lado, determinadas áreas que no estaban desarrolladas en las Universidades, como era el caso de Medicina Familiar y Comunitaria, también se desarrollan como especialidades médicas y se crea una red muy amplia de Centros de Salud dentro del sistema sanitario; garantizando que todos los españoles tengan un médico de familia y una Unidad de Atención Primaria de referencia cerca a su hogar.

Sin embargo, por lo general no encontramos médicos de familia en las Universidades. Son los Departamentos de Medicina Preventiva, de Bioestadística u otras áreas los que se dedican al sector de Salud Pública, por lo que, en principio, el campo de Medicina de Familia no existe en la Universidad.

Los médicos de familia fueron incorporados a la Universidad casi una década después de 1987, como profesores asociados en prácticamente todas las Facultades de Medicina de España, en áreas de prácticas para estudiantes, los cuales comenzaron a ir a los Centros de Salud para aprender Medicina de Familia con ellos.

Desde entonces existe un esfuerzo por parte del sector para que la Medicina de Familia sea una disciplina académica, una especialidad médica y una profesión sanitaria. Respondiendo a esto, se han desarrollado congresos y conferencias nacionales a lo largo de estos años, así como se ha destacado la importancia de esta especialidad en Libro Blanco: Título de Médico de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

A partir del Libro Blanco se consiguió la aprobación del Real Decreto Nº 183, que regula, a la luz del Plan Bolonia y del Espacio Europeo de Educación Superior, la reforma necesaria dentro del Grado. Además determina que los estudios de Grado deben orientarse hacia la polivalencia y evitar contenidos subespecializados, lo que da contenido a la Medicina de Familia.

Actualmente, el 75% de las facultades españolas contemplan la Medicina de Familia como asignatura obligatoria y casi el 90% de las facultades incorporan

como prácticas obligatorias la estancia, durante un mes, en Centros de Salud con médicos de familia.

Impactos (la visión de los protagonistas - los estudiantes)

A partir de las opiniones de los estudiantes, recogidas en el grupo focal y en entrevistas de forma específica, se pueden extraer los temas centrales que más preocupan a los alumnos en relación con la formación médica, en general y en Medicina de Familia, en particular.

Se recalca, por un lado, la poca implicación y motivación existente desde gran parte del profesorado, como se cita a continuación:

“...hay profesores que dan la sensación de que están porque tienen que estar y no tienen ninguna motivación ni ninguna gana de formar ni a médicos ni a personas realmente. Van, imparten una clase y no se preocupan de si se ha entendido, si realmente se puede hacer de una forma más fácil de entender o tampoco entienden a veces cuando quieres transmitirles tu opinión como estudiante; es un trabajo más y no se esfuerzan por mejorarlo” (Estudiante 8).

Otro asunto que despierta gran interés en los estudiantes es la carga práctica con relación a carga teórica, que desarrollan durante el Grado, insuficiente y no acorde con lo estipulado en el Plan Bolonia según sus criterios, tal y como se expone en la siguiente cita:

“Hay asignaturas que se centran mucho en transmitirnos de forma teórica algo que se va a llevar a cabo de forma práctica, el sistema de enseñanza en este tipo de asignaturas no debería ser así y en lugar de tener más horas teóricas respecto a la práctica, se debería invertir: tener más horas de prácticas con respecto a la teoría. No podemos consentir que en una asignatura donde nos enseñan a relacionarnos con el paciente tengamos una práctica de una hora en toda la asignatura” (Estudiante 7)

La necesidad de que los alumnos sean debidamente informados sobre temas de evaluación y desarrollo de las asignaturas que están siendo cursadas es indiscutible, pero algunos sectores estudiantiles afirman que es, a menudo, deficiente:

“...lo primero que habría que hacer es decirle a los alumnos por qué se cursan esas asignaturas de esa manera...” (Estudiante 8)

“...en otros casos sólo utilizan la nota del examen sin contar la práctica o bien no sabes qué criterios han seguido ni de donde proviene tu nota...” (Estudiante 4)

En contra de la formación transversal que se propone desde la implantación del Plan Bolonia en la educación médica española, los alumnos también destacan la escasa colaboración entre estudiantes de Grados sanitarios distintos:

“...algo meramente ocasional, para ayudarlos a hacer algún taller o algo, tampoco se promueve ni desde la Facultad ni desde la Universidad, aunque

nosotros tenemos una formación basada en el Plan Bolonia que en teoría debería premiar esa formación transversal...” (Estudiante 3)

Se señala, al mismo tiempo, el poco desarrollo de trabajos de investigación por parte del discente, a menudo, reservado a alumnos internos de los Departamentos donde se realizan:

“...como investigación interna, propia y autónoma del alumnado, como ha dicho mi compañero, algunos alumnos internos, me atrevería a decir que muy pocos, son los que llevan a cabo labores de investigación.” (Estudiante 3)

Bajo todas estas reclamaciones subyace una mayor, para muchos la raíz de todos los conflictos que se presentan, la falta de adecuación por parte de las Facultades de Medicina al nuevo Plan de Estudios, a la luz del Plan Bolonia:

“...la adecuación de las asignaturas al Plan Bolonia está íntimamente relacionado con el profesorado; nosotros tenemos asignaturas que no han cambiado prácticamente nada (ni la teoría, ni la práctica, ni la forma docente) de Licenciatura a Grado y son dos sistemas completamente distintos. Son dos sistemas que buscan, uno la evaluación final y otro la evaluación continuada; uno que busca la clase magistral frente al otro que promueve la participación del alumnado, el primero se centra en el profesor y el segundo en el alumno, entonces son dos sistemas que no se pueden igualar, realmente solo hemos tenido una asignatura que siga el Plan Bolonia.” (Estudiante 5)

La buena noticia reside en la creciente implicación del alumnado de Medicina de la Universidad de Granada en las cuestiones referentes a su propia formación médica, que reclama mayor margen de maniobra para conocer lo que acontece en la Facultad y participar en las decisiones académicas relativas a evaluación, consecución de habilidades clínicas y otras competencias que afectan a su desarrollo como futuros médicos.

“...hay cierta agitación por parte del alumnado porque quiere que la conversión de Licenciatura a Plan Bolonia se haga bien, porque al fin y al cabo nosotros somos los principales implicados, que se haga bien, de forma adecuada y que la enseñanza sea buena. Un ejemplo de esta agitación estudiantil es que el Departamento de Medicina ha pasado en cuatro años de no tener ningún representante a tener el cupo lleno.” (Estudiante 2)

A raíz de la entrada del Plan Bolonia, diversos tipos de presión son producidos para transformar la formación médica tal y como se ha llevado a cabo hasta ese momento. La reforma del modelo curricular para el Grado en Medicina en la Universidad de Granada ha alcanzado el 5º curso en 2014/15 y sigue con práctica reducida en relación con la teoría, con escenarios de aprendizaje limitados y con sistemas de evaluación tradicionales basados en técnicas de memorización y centrados en el diseño cognitivo; con pocos exámenes de prácticas o “Exámenes Clínicos Objetivos Estructurados” (E.C.O.E.) a lo largo del Grado, caracterizados por incluir pocas estaciones y por asignaturas, que indican la necesidad

de nuevas estrategias de enseñanza y aprendizaje, porque las Facultades de Medicina son instituciones complejas con multiplicidad de sujetos, identidades e intereses.

Sin embargo, la conducción del proceso de cambio no es simple y no se puede improvisar. Se necesita una acción estratégica para la construcción de canales de discusión y de comunicación colectiva, siendo la acumulación de poder por parte de la Medicina de Familia necesaria para conseguir el cambio y disminuir la resistencia a éste.

Consideraciones finales

Es necesaria una mayor implicación por parte de las Facultades a la hora de conseguir los objetivos estipulados por el nuevo Plan de Estudios que representen un cambio real en las metodologías de enseñanza y aprendizaje, en el cual los estudiantes de Medicina tengan un papel activo.

En cuanto a Medicina de Familia, los retos a abordar en los próximos años son diversos. Conseguir mayor financiación pública destinada a Atención Primaria y aumentar la importancia como disciplina académica del sector y, por tanto, la presencia de dicho campo dentro de la Universidad.

La evaluación continua del proceso de educación permanente en la salud es un componente clave para los ajustes necesarios y la búsqueda persistente de acumulación de poder técnico y político, para la institucionalización y la sostenibilidad de un cambio efectivo.

Referências

1. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias del/de la Médico/a de Familia de Atención Primaria. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía. Octubre, 2011.
2. Alberto Infante Campos & Adriana Cavalcanti de Aguiar. ¿Es necesaria una segunda reforma de la atención primaria en España? Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2013, 18(1): 17-23.
3. Aldaisa Cassanho Forster. Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidade Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000, Livre-docência. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP, Brasil, 2004.
4. Almeida C. As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição? Cad. Saúde Pública 1995; 11(4): 639-642.
5. Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. Saúde em Debate 2000; 24: 6-21.
6. AMSE – The Association of Medical Schools in Europe. Lisbon Declaration on the relationship between Medical Schools and Healthcare Systems. Conference, Faculty of Medicine, New University of Lisbon, 14 –16 June 2007.
7. ANDALUCÍA. Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Sevilla): Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2006.
8. ANDALUCÍA. Plan estratégico de formación integral del Sistema Sanitario de Andalucía (Sevilla): Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2009.
9. Arcadi Gual. Una ‘nueva troncalidad’ para la formación sanitaria especializada. ¿Es necesaria? EDUC MED 2010; 13 (1): 1-3.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70, 1979.
11. Cambil Hernández ME. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Editorial Atrio. Granada, 2011.
12. Carabaño Jiménez A y Cambil Hernández ME. La Facultad de Medicina y el Hospital Clínico San Cecilio: pasado, presente y futuro. Universidad de Granada. Granada, 2012.
13. Carabaño Jiménez A. Los estudios de Medicina en la Universidad de Granada (1943 – 2004). Editorial Universidad de Granada. Granada, 2007.
14. Casado Vicente V. Tratado de Medicina de Familia y Comunitária (2 Tomos). Sociedade Española de Medicina Familia y Comunitaria (semFYC). Editorial Medica Panamericana, 2012.
15. Donlin M. Long. Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education. Academic Medicine, vol.75, N.12/December, 2000.
16. Forster AC, Laprega MR, Dal-Fabbro AL, Rocha GM, Dos Santos JS, Yazlle MED, De Souza CS y Daneluzzi JC. Metodología de aprendizaje en atención primaria y medicina de familia. Aten Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 125-129.
17. Forster AC, Passos ADC, Dal Fabbro AL, Laprega MR. Transformation and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. Gac Sanit (Barcelona) 2001; 15: 519-522.
18. Forster AC. Considerações sobre a formação em Medicina de Família e Atenção Primária. Medicina Ribeirão Preto, 2001; 34: 202-203.

19. Hyppola H, Kumpusalo E, Virjo I et al. Evaluation of undergraduate medical education in Finnish community-oriented and traditional medical faculties: a 10-year follow-up. *Med Educ* 2000; 34: 1016-1018.
20. José Saura Llamasa, José Galcerá Tomásb, Carmen Botella Martínezc y Miembros del Foro de Jefes de Estudios de la Región de Murcia. El Jefe de Estudios y la Comisión de Docencia ante los cambios en la Formación Especializada introducidos por el Real Decreto 183/2008. *REV CLÍN MED FAM* 2011; 4 (2): 120-126.
21. Juan Carlos I Rey de España (El Presidente del Gobierno, JOSÉ MARÍA AZNAR LÓPEZ). Ley 16 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 28 de mayo, 2003.
22. Juan Carlos I Rey de España (La Ministra de Sanidad y Consumo, ELENA SALGADO MÉNDEZ). Real decreto 1030, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. BOE núm. 222, 15 de septiembre 2006.
23. Juan Carlos I Rey de España (La Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia, MARÍA TERESA FERNÁNDEZ DE LA VEGA SANZ). Real decreto 183, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45, 8 de febrero, 2008.
24. Juan Carlos I Rey de España (La Ministra de Educación y Ciencia, MERCEDES CABRERA CALVO-SOTELO). Real decreto 1393, por el que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40, 15 de febrero de 2008.
25. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) Regula el derecho a la protección de la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, Madrid, 1986.
26. Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia, 2006.
27. Luis Palomo (Coordina). Expectativas y realidades en la Atención Primaria Española. Promueve: *Fundación 1º Mayo*, Febrero 2010.
28. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Maria Inez Padula Anderson e Lia Silveira. Desafios do ensino e da aprendizagem da atenção primária à saúde e da medicina de família e comunidade na graduação e pós-graduação em Medicina. Documento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2007.
29. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
30. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Minayo MCS (Org.). Petrópolis, RJ., 3ª edição, 1993.
31. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cad Saúde Publ*, Rio de Janeiro, 1993; 9: 239-262.
32. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo- Rio de Janeiro, 1992.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención primaria. Madrid, 1999.
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico. Para mejorar lo que es de todos. El libro azul. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1998.
35. Morcillo Ródenas C. Experiencias novedosas en Atención Primaria sobre gestión, docencia, formación, investigación y clínica. Editorial Universidad de Granada. Granada, 2009.
36. Olmo MTM. La política sanitaria en el marco de las políticas públicas. Los modelos sanitarios. Master de gestión de instituciones sanitarias, III, Centro Universitario de Salud Pública, UAM – INSALUD, Madrid, 2001, 11 p.
37. Peinado Herreros JM y Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco: Título de Médico. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Granada, abril 2006.
38. Ribeiro ECO & Mennin S. Continuing medical education. *Guide supplement 35.2 – Viewpoint. Medical Teacher* 2010; 32: 172–173.
39. Ruiz-Giménez Aguilar J. El Sistema Sanitario Español. In: Sánchez Moreno A et al. (org.) Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1ª edición, 2001.
40. Silvana Forti. La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Documento elaborado en le marco del Intercambio EUROSOCIAL Salud III.2-2.09: El primer nivel de atención como puerta de al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina. Coordinación Técnica: Ligia Giovanella (ENSP/Fiocruz), 2009.
41. Simó Miñana J y Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria* 2001, 28: 484-490.
42. Suárez S et al. La reforma Sanitaria en España. O debate desde una perspectiva nacional e internacional. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España, 1984.
43. Universidad de Granada. Guía Docente de la Licenciatura de Medicina. Facultad de Medicina, 2014.
44. Universidad de Granada. Guía Docente del Grado en Medicina. Facultad de Medicina, 2014-15.
45. Universidad de Granada. Guía Docente de la asignatura de Medicina Preventiva y Salud Pública (Plan 2010). Facultad de Medicina, 2014-15.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rubiana Gambarim da Silva

Orientadora: Adriane Pires Batiston

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

RESUMO

Introdução: Apesar de esforços envidados, o câncer de mama ainda é considerado um problema de saúde pública e constitui uma das mais importantes causas de morte de mulheres brasileiras. A detecção precoce do câncer de mama é a estratégia utilizada para o diagnóstico de alterações mamárias em tempo oportuno, o que proporciona às mulheres acometidas por essa doença maiores chances de cura e melhores condições no tratamento. Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar as estratégias para a detecção precoce do câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família no município de Nova Andradina/MS. Metodologia: Foi conduzido um estudo seccional, no qual foram entrevistadas 393 mulheres com idades entre 40 e 69 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Nova Andradina-MS. As participantes desta pesquisa foram entrevistadas em suas residências, sendo utilizado para a coleta de dados um formulário estruturado com questões que buscaram investigar as características sociodemográficas e o conhecimento e a prática acerca dos métodos de detecção do câncer de mama. Os resultados da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva, e as associações entre variáveis foram estabelecidas pelo emprego dos testes qui-quadrado e exato de Fisher com nível de significância de 5%. Resultados: Neste estudo, a idade média das entrevistadas foi de $54,00 \pm 0,39$ anos (média \pm erro padrão), sendo que 81,2% já haviam realizado mamografia ao menos uma vez. Os fatores de risco para o câncer de mama mais frequentes foram: sedentarismo (80,2%), sobrepeso (29,5%) e obesidade (29,5%). A maior realização da mamografia

esteve associada à idade ($p < 0,001$), à realização do Papanicolaou ($p < 0,001$) e à realização do exame clínico das mamas ($p < 0,001$). Não houve associação estatística entre a realização de mamografia e os fatores de risco, exceto a idade. Entre as participantes deste estudo, 86,3% receberam informações relacionadas ao câncer de mama, sendo 52,2% dessas informações fornecidas pela equipe de saúde da família. Sobre os métodos de detecção do câncer de mama, 79,1% palpavam suas mamas ocasionalmente, 43% das mulheres não realizaram o exame clínico das mamas nos últimos 12 meses e 75,6% nunca solicitaram este exame, bem como 53,2% nunca solicitaram a realização de mamografia. Conclusões: Entre os fatores de risco apresentados pelas entrevistadas, somente a idade esteve relacionada com a maior realização de mamografia, e constatou-se que aquelas que realizam o exame clínico das mamas e exame Papanicolaou possuem maiores chances para a realização de mamografia. Este estudo também demonstrou que a maioria das mulheres recebeu informação sobre o câncer de mama, porém muitas ainda não aderem aos programas de detecção dessa doença, além de não adotarem posturas ativas em seu autocuidado. Os resultados apontados por este estudo poderão ser utilizados para o planejamento de ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde, relacionadas com a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama entre as mulheres de Nova Andradina.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Câncer de Mama. Detecção Precoce de Câncer.

CAMINHOS DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: O CENÁRIO DA 3ª COORDENADORIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Cristina Dutra Ribeiro

Orientadora: Maria Cristina Flores Soares

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

RESUMO

Objetivou-se identificar os caminhos da Fisioterapia e dos fisioterapeutas em direção à atenção integral em saúde, por meio de sua inserção na Atenção Básica (AB) na área de abrangência da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, composta por 22 municípios. Estudo qualiquantitativo com delineamento transversal, do qual participaram 21 secretários municipais de saúde, 43 fisioterapeutas e 649 trabalhadores da AB (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) atuantes na AB. Identificou-se que a inserção da Fisioterapia na AB na área do estudo se caracteriza por um número insuficiente de profissionais, limitada inserção em equipes ESF/NASF e predominância de vínculos empregatícios frágeis na AB com baixa remuneração. Existe uma compreensão limitada por parte dos gestores em saúde sobre o papel do fisioterapeuta, sobretudo pelos que não têm esse profissional inserido em suas equipes de Saúde da Família. A razão de fisioterapeutas na atenção pública de Fisioterapia na região do estudo foi de 0,20x1.000 habitantes, e esta cai para 0,06x1.000 habitantes quando são considerados somente aqueles que atuam na AB. A maioria dos secretários de saúde identificam o fisioterapeuta como sendo um profissional apenas da reabilitação, e alguns afirmam tratar-se de um profissional com formação de nível técnico. Nos municípios em que o profissional está inserido na ESF/NASF, foi identificado como um importante integrante para complementação da equipe. A falta de recursos financeiros para contratação foi o fator mais referenciado pelos gestores como dificuldade para inserção na ESF. Dos fisioterapeutas participantes

do estudo, somente 6,9% estavam inseridos na ESF/NASF, 60,4% eram prestadores de serviço terceirizados e 44,2% recebiam no máximo três salários mínimos em sua vinculação com o setor público. Os fisioterapeutas que atuam na AB sem vinculação à ESF/NASF referiram maior envolvimento com atividades de reabilitação, como assistência a pessoas com dificuldade para caminhar (92,5%), com doenças osteomusculares (90,0%) e deficientes físicos (87,5%). O papel do fisioterapeuta como promotor de saúde foi identificado principalmente entre aqueles vinculados à ESF/NASF. As ações de promoção da saúde mais realizadas pelos entrevistados foi a prevenção de processos que levam à incapacidade funcional laborativa (62,8%). A maioria dos demais trabalhadores das equipes de saúde (90,3%) reconhece que a Fisioterapia pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Esses identificaram, em seus locais de trabalho, situações e/ou agravos à saúde com potencialidade para a atuação da Fisioterapia, sendo as mais referidas os grupos de hipertensos (96,2%) e de diabéticos (95,4%). Em todas as práticas de saúde investigadas, mais de 90% dos participantes responderam que a presença do fisioterapeuta na equipe poderia contribuir para a atenção integral à saúde da população. Os resultados deste estudo mostram o quanto é preciso avançar para que a contribuição da Fisioterapia e das práticas dos fisioterapeutas tornem-se efetivas para a integralidade da atenção à saúde da população no âmbito da 3ª CRS/RS. Embora se perceba alguns pontos positivos, muito ainda necessita ser realizado, no que se refere ao reconhecimento por parte dos diferentes atores do setor saúde, sobre as potencialidades do “fazer” do fisioterapeuta em suas equipes, observando-se a necessidade de ampliação, do conhecimento por parte dos gestores em saúde, sobre o papel desse profissional, assim como dos recursos financeiros para o setor saúde. Ao mesmo tempo, os dados do estudo mostram que a política pública de saúde vigente, que assegura a inserção do fisioterapeuta na ESF por meio do NASF, não parece ser suficiente para garantir atenção à saúde na área da Fisioterapia, nos três níveis de atenção, e, sobretudo, na AB, para a população da região do estudo.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.