

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia.

Edição n.4, 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 Nasrala, Universidade de Cuiabá, Brasil
Renata Hydeer 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 Nasrala 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 Hydeer 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

Editores Rede UNIDA



Sumário

EDITORIAL

Albert Schiaveto de Souza.....5

ARTIGO ORIGINAL

A TRAJETÓRIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA: O OLHAR CARTOGRAFICO DE UM ATOR SOCIAL
Odete Messa Torres, Altamira Pereira da Silva Reichert.....7

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: INSTRUMENTO DE ESTÍMULO À VALORIZAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA
Cristina Dutra Ribeiro, Maria Cristina Flores Soares.....21

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL E PESO DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA
Patrícia Caroline Tada, Alberto Sumiya.....37

REVISÃO DE LITERATURA - INTEGRATIVA OU SISTEMÁTICA

A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO ACOLHIMENTO E CUIDADO AOS MORADORES DE RUA: UMA REVISÃO NA LITERATURA
Cristiane Alves Montenegro, Maria Luiza Ferreira De Barba, Lisiane Bôer Possa.....47

ENSAIO TEÓRICO

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: REFLEXÕES NECESSÁRIAS
Dernival Bertencello, Hedioneia Maria Foletto Pivetta.....71

RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRODUTOR RURAL NA ATIVIDADE LEITEIRA: UMA EXPERIÊNCIA COLETIVA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Victória Medeiros da Rosa, Angélica Facco, Priscila Rodrigues da Silva, Daisiane Cazarotto, Lincoln da Silva, Susana Cristina Domenech, Noé Gomes Borges Júnior.....85

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

CAMINHOS PARA O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ANALISANDO A CONVERGÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Francéli Franckidos Santos.....95

RESUMO DE TESE

EFICÁCIA ANALGÉSICA DA ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA CEREBRAL E PERIFÉRICA NA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA: ENSAIO CLÍNICO ALEATORIZADO, DUPLO-CEGO, FATORIAL
Fuad Ahmad Hazime.....97

EDITORIAL

Ao ser convidado para escrever este editorial meu ser se inundou com um misto de alegria e de ansiedade. De alegria em ver como a ABENFISIO tem se desenvolvido nestes anos de luta por uma formação de qualidade em Fisioterapia, com o olhar sempre voltado para um conceito ampliado em saúde, sendo, a criação do Caderno de Educação, Saúde e Fisioterapia, um importante marco desta associação. De ansiedade, pois pesa a responsabilidade de abrir mais uma edição desta importante revista, que trata de assuntos atuais, porém complexos, relacionados à formação em saúde como um todo, à atenção à saúde e especificamente em relação à atividade profissional do Fisioterapeuta.

A ABENFISIO, como outras associações de ensino das profissões da saúde, já tem uma história produtiva na discussão da formação e da atuação de profissionais da saúde, especialmente da Fisioterapia. Porém, ainda temos muito a galgar nestes temas, buscando sempre aprender com as experiências exitosas e sempre prontos a nos adaptarmos às novas realidades que nos são colocadas, tanto pelas políticas públicas como pelas demandas sociais, profissionais e acadêmicas. Assim, o Caderno de Educação, Saúde e Fisioterapia surge como um espaço onde o debate destes temas possa acontecer de forma mais ampla e permanente, favorecendo a criação e a difusão do saber em saúde, bem como a troca de experiências entre profissionais, que vão muito além daquelas que acontecem apenas dentro da Fisioterapia.

Nesta edição são apresentados um ensaio, quatro artigos e dois resumos, um referente a uma tese de doutorado e outro de dissertação de mestrado. Eles abordam áreas diferentes do saber, que tentei agrupar nas três áreas que caracterizam o nome desta revista: formação em saúde, atenção à saúde e Fisioterapia.

Em formação em saúde, os professores Dernival Bertioncello e Hedionéia Maria Foletto Pivetta trazem algumas reflexões sobre como e quanto as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Fisioterapia alcançaram seus pressupostos, após 14 anos de sua implementação. As reflexões apresentadas com certeza contribuirão para a construção, quem sabe em breve, das novas diretrizes nacionais para a formação em Fisioterapia. Os autores sugerem que “conceitos necessitam ser melhor definidos, bem como orientações mais específicas sobre as DCNs para uma boa formação em atendimento às atuais políticas de saúde e educação”.

Por outro lado, Odete Messa Torres e Altamira Pereira da Silva Reichert contam suas experiências na construção do curso de Enfermagem na Universidade Federal do Pampa, sob a forma de estudo cartográfico. Em seu artigo elas destacam os desafios enfrentados pelo curso, em suas duas matrizes curriculares, para romper com o Modelo Flexneriano de Ensino e na busca de pautar a construção daquele curso nas DCNs dos cursos da área da saúde, garantindo uma formação mais próxima às realidades sociais, baseadas nas diretrizes do SUS. As autoras consideram que “os desafios são muitos, porém as potencialidades infinitas”.

Uma experiência exitosa de como a participação de acadêmicos em projetos de extensão universitária são fundamentais na formação de profissionais da saúde é apresentada no artigo de Maria Cristina Flores Soares e Cristina Dutra Ribeiro. Em seu artigo elas mostram que a participação em projetos de extensão pode “expandir” a percepção dos acadêmicos quanto às potencialidades da profissão e “habilitar” o profissional a uma atenção integral à saúde da população.

Saindo um pouco da “formação de” para a “formação para” profissionais de saúde, Cristiane Alves Montenegro, Maria Luiza Ferreira De Barba e Lisiane Bôer Possa fazem uma revisão da literatura sobre as políticas públicas da saúde para profissionais do SUS, especificamente em relação à atenção aos moradores de rua, buscando “aproximar a formação dos profissionais de saúde das necessidades e cultura desta população”. Seguindo nesta mesma linha de “formação para”, Francéli Franki dos Santos, em seu resumo de dissertação, destaca o papel de tutores no Projeto Caminhos do Cuidado – Formação em crack, álcool e outras drogas, na mudança das práticas do cuidado, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem, aos usuários de álcool e outras drogas.

Partindo para a área de atenção à saúde propriamente dita, a professora Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho e suas orientandas relatam uma experiência de como práticas educação em saúde, por meio de rodas de conversa, oficinas pedagógicas e cinesioterapia, podem juntas proteger, promover e reabilitar a saúde, principalmente postural, de trabalhadores rurais na atividade leiteira, no Rio grande do Sul.

Finalmente, enfocando a área específica de Fisioterapia, o artigo de Patrícia Caroline Tada e Alberto Sumiya trata da importância que o entendimento da própria corporalidade tem sobre a atuação profissional do fisioterapeuta ao trabalhar com o corpo do “outro”. Já em seu resumo de tese de doutorado, o professor Fuad Ahmad Hazime, apresenta que a estimulação transcraniana associada à estimulação elétrica periférica, ou esta última isoladamente, podem contribuir para o alívio da dor lombar crônica inespecífica. Estes importantes achados contribuem para que a Fisioterapia, cada dia mais, tenha suas práticas baseadas em evidências científicas.

Assim, espero que ao final da leitura deste editorial você esteja motivado a ler e aprender com cada um dos artigos publicados nesta edição, todavia meu maior desejo é que a leitura deles possa promover mudanças no pensar e no agir em saúde, em cada um de nós.

Um grande abraço e boa leitura!!!

Albert Schiaveto de Souza

Fisioterapeuta

Professor Associado da UFMS na área de Neuromorfologia e Bioestatística
Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste

A TRAJETÓRIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA: O OLHAR CARTOGRÁFICO DE UM ATOR SOCIAL¹

THE TRAJECTORY OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF PAMPA NURSING GRADUATE COURSE: THE CARTOGRAPHIC LOOK OF A SOCIAL ACTOR

Odete Messa Torres

Doutoranda em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem
Universidade Federal do Pampa – Unipampa

Altamira Pereira da Silva Reichert

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Docente do Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

¹ Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde.

Contato:

Odete Messa Torres

Endereço: Rua Amélia Teles, 167/306.
Bairro: Petrópolis.
CEP: 90460-070.
Porto Alegre/RS.
E-mail: odetetorres@gmail.com

RESUMO

Este estudo foi apresentado como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde. Tem como objetivo identificar a trajetória de construção do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana. Baseia-se em estudo cartográfico que coloca o pesquisador

como ator do processo de construção e análise do curso. Utiliza documentos e relatos da pesquisadora como elementos de subsídio à análise. Aponta para relevância de um curso novo, como profissionais também novos que buscam experimentar a formação e seus desafios. Convoca a relação entre instituição formadora, gestores, profissionais e serviços de saúde.

Palavras-chave: Bacharelado em enfermagem. Currículo. Educação continuada.

ABSTRACT

This study was presented as a term paper for the Specialization Course in Changing Process Activation in Higher Education of Health Professionals. It aims to identify the trajectory of construction of the undergraduate nursing course at the Federal University of Pampa, Uruguiana campus. It is based on cartographic study that puts the researcher as an actor of the construction process and analysis of the course. It uses documents and researcher reports as input elements to the analysis. It points to the relevance of a new course, as well as new professionals looking to experience the training and its challenges. It summons the relationship between educational institution, managers, professionals and services in health.

Keywords: Bachelor's degree in nursing. Curriculum. Ongoing education.

INTRODUÇÃO

A Universidade Federal do Pampa (Unipampa) é resultado da reivindicação da comunidade da região de fronteira do estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e Uruguai. Seu surgimento ocorre por meio da política de expansão e renovação das instituições federais de educação superior promovida pelo governo federal¹.

O Curso de Enfermagem da Unipampa — referido ao Campus Uruguiana — inicia-se sob tutela da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em sua origem, seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC) informa que ele se baseia no Projeto Político-Pedagógico do Curso (PPPC) de Enfermagem da UFSM, realizando-se as adequações necessárias à realidade do município e Região de Uruguiana². Com a criação da Unipampa, o corpo docente do Curso de Enfermagem inicia o processo de discussão do PPC de Enfermagem, com vistas à adequação e ao reconhecimento do Ministério da Educação.

Com a inserção da pesquisadora na Unipampa, aprovada em concurso público e nomeada em janeiro de 2009, ocorreu sua participação no Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com a Universidade Aberta do Brasil (UAB). Discutir como tema o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da Unipampa possibilitou à pesquisadora, como docente inserida nesse novo curso em construção, compreender seu processo de constituição, identificando desafios e potencialidades e propondo estratégias de enfrentamento.

O PPC de Enfermagem da Unipampa

O PPC de Enfermagem da Unipampa, desde sua implantação, vem sofrendo discussões com vista à mudança, em relação à adequação regional e ao perfil docente, que busca transformações com base em suas experiências e afinidades^{2;3}, buscando adequar-se às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem⁴.

As discussões geraram inicialmente um desenho de currículo, cujo eixo transversal propõe a “integralidade” como estruturante para a constituição dos demais eixos de formação. Conforme a Figura 1, que visa ilustrar as relações entre as áreas de formação, na qual os eixos do curso se relacionam, orientados pela integralidade.

A integralidade propicia aos acadêmicos a construção de uma concepção de saúde pautada pelas políticas públicas a fim de garantir reconhecimento e compromisso com a realidade de saúde do país e da região. Pressupõe a capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. É pensada tanto no campo da atenção quanto no campo da gestão de serviços e sistemas de saúde. Supõe a ampliação e o desenvolvimento do conceito de saúde, da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, do acolhimento, vínculo, corresponsabilização e interdisciplinaridade, por meio de práticas inovadoras, pensadas em rede, em diferentes cenários.

Ao buscar transversalizar no Curso de Enfermagem da Unipampa a integralidade, como alusão a um princípio e diretriz do Sistema Único de Saúde

(SUS), ele compromete-se em defender que esta implica uma gama de sentidos, os quais buscam, sempre, ampliar as percepções das necessidades dos indivíduos. Um dos grandes sentidos da integralidade se dá pela apreensão ampliada das necessidades de uma população⁵. A integralidade, entre os princípios e diretrizes do SUS, talvez seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas, isso porque as mudanças ainda não alcançaram a amplitude e a visibilidade que se almeja⁶.

Nesse sentido, as mudanças no PPC de Enfermagem da Unipampa apontam para a preocupação em dar visibilidade à diretriz do SUS que, na compreensão desse curso, melhor responde as necessidades de saúde da população. Essa compreensão ainda não se faz presente em muitas ações de saúde, quer seja por práticas descontextualizadas do SUS, quer pela formação dos profissionais não possibilitar esta construção.

Ao discutir o currículo do curso, surge a preocupação em transformar, muito além da mudança^{7;8}, a fim de não limitar as discussões em trocas de disciplinas ou de carga horária. Transformar os sujeitos em ato em tempo que transformam outros sujeitos e a si deve ser a imagem objetivo. O processo de mudança, por vezes, esbarra na compreensão de que mudar a formação resume-se à mudança da grade curricular, em que a primeira iniciativa das escolas concentra-se na reforma do currículo, a qual se limita quase sempre a ajustes de disciplinas e carga horária⁹. Para ocorrer transformação no ensino não basta identificar o que mudar, é preciso definir como mudar, quando mudar, com quem mudar e de que forma mudar, a partir de análises reais de situações reais¹⁰.

O olhar cartográfico sobre a trajetória do Curso de Enfermagem da Unipampa percorreu suas construções a fim de produzir um corpo de análises passíveis de intervenções no processo de implementação do curso. A presente pesquisa entrou-se em compreender as etapas de desenvolvimento do Curso de Enfermagem da Unipampa, com foco à análise e proposição de mudanças, desvelando os principais desafios que envolvem a implementação de um curso novo, com carência de docentes e estruturas, cujos diálogos com os serviços de saúde ocorrem por iniciativa docente e com construções nem sempre tranquilas. Por fim, aposta-se no potencial analítico e propositivo, no sentido de compreender as necessidades de mudanças e sugerir alternativas criativas.

Este estudo questionou: Como ocorreu o desenvolvimento do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa? Quais os desafios e potencialidades colocados ao Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa? Que sugestões podem ser formuladas para enfrentar os principais desafios identificados no Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa?

Tem como objetivo identificar a trajetória de construção do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana.

PERCURSO METODOLÓGICO

Parte de um estudo cartográfico. A cartografia é um antimétodo que busca revelar forças para a formação de territórios existenciais, que possibilitam a constituição da vida dos sujeitos¹¹.

Nessa proposta metodológica não existe protocolo.

Foram produzidas redes de significações que afetassem atores e potencializassem construções coletivas, para ressignificar a formação dos profissionais da área da saúde, sendo necessário identificar e compreender movimentos novos, que produzam diferença e que permitam quebrar as sequências lineares de fatos dando visibilidade às forças de resistência.

A cartografia é compreendida diferentemente do mapa, que representa um todo estático¹¹. Trata-se de um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que se transforma, assim como a paisagem. Paisagens que representam realidades sociais são cartografáveis e possibilitam melhor compreensão de suas variadas dinâmicas. Coerente ao dinamismo de mudar a formação, que se faz ao passo do tempo real, da vida dos sujeitos que aprendem e apreendem, transcorridos por vidas coletivizadas, no campo da saúde, a prática do cartógrafo perpassa estratégias de formação do desejo no campo social potencializando o desejo no seu caráter processual e (re)produtor da sociedade¹².

Entender para o cartógrafo difere de explicar e revelar¹¹, são concepções distintas. Assim sendo, não sabemos previamente o desenho para o qual nos desafiamos na construção de um curso, mas olhamos o que queremos e assim desenhamos um processo mutante e caleidoscópico.

Como subsídio de dados para a análise, foram percorridos os materiais produzidos pelo curso, as conversas registradas das reuniões docentes, os Projetos Pedagógicos de Curso da origem e suas reformulações. Dessa forma, o material empírico surgiu das seguintes fontes: Projeto Pedagógico

de Curso (origem e construção recente); Atas de reuniões do Colegiado do Curso de Enfermagem; olhar social sobre as reuniões docentes, a partir de registros pessoais, impressões, relatorias e atas.

Foram analisadas 20 atas: de 13 reuniões de *Professores do Curso de Enfermagem do Campus Uruguaiana*; de 1 reunião *Geral do Colegiado do Curso de Enfermagem do Campus de Uruguaiana*; de 1 reunião *Extraordinária para Levantamento de Problemas, Potencialidades e Sugestões para o Curso de Enfermagem*; de 5 reuniões da *Comissão do Curso de Enfermagem do Campus Uruguaiana*. Nessas reuniões, participaram o máximo de 53 discentes, 11 docentes e 1 técnico administrativo.

Além desses dados, a pesquisadora, como atora do processo, inserida no corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa, registrou em diário de campo suas impressões e inferências sobre as discussões que envolveram o curso, trazendo-as para o debate nos resultados da pesquisa.

O PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO: SUA ORIGEM E REFORMULAÇÃO

A Primeira Matriz Curricular

O PPC de Enfermagem da Unipampa nasce oriundo da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) distribuído em 8 semestres, com carga horária total de 3.885 horas-aula². Para integralização do currículo, no total de 4.095 horas, na matriz curricular originária do Curso de Enfermagem da Unipampa, são cursadas 3.720 horas Curriculares obrigatórias, 165 horas

de Disciplinas Complementares de Graduação¹¹ e 210 horas de Atividades Complementares de Graduação¹¹. Essa matriz curricular fora debatida em diversos encontros docentes para sua reformulação.

A Segunda Matriz Curricular

A primeira matriz curricular foi sofrendo alterações a fim de adequar-se à realidade do curso, inserido em uma região de fronteira, com características diversas na qual se insere a universidade de origem do PPC. Para integralização do novo currículo, no total de 4.055 horas, na segunda matriz curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa, são cursadas 3.735 horas Curriculares obrigatórias, 200 horas de Disciplinas Complementares de Graduação e 120 horas de Atividades Complementares de Graduação³.

A estrutura curricular das duas primeiras matrizes curriculares do curso significa um processo não acabado de construção. Transformação em ato.

Perspectivas para a Mudança

Ao discutir a mudança das práticas, importa considerar que não se trata de isoladamente mudar o currículo ou a organização dos serviços, trata-se de mudar as próprias práticas¹³. Para a

¹¹ Disciplinas Complementares de Graduação (DCG) referem-se à carga horária complementar à formação curricular, podendo ser cursadas disciplinas ofertadas em cursos da Unipampa, ou de outras Instituições de Ensino Superior, ou mesmo no Curso de Enfermagem, quando da oferta curricular e disponibilidade de matrícula em disciplinas não obrigatórias ao currículo.

¹³ Atividades Complementares de Graduação (ACG) referem-se a atividades extracurriculares relacionadas com a área de conhecimento do curso, comprovadas por meio de certificados e calculadas conforme critérios construídos em cada curso.

efetiva transformação, são necessárias práticas educativas coerentes à proposta curricular, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, inserção precoce do estudante nos campos de prática e diversificação dos campos de ensino-aprendizagem, teóricos e práticos¹⁴.

Ao analisarmos historicamente a rede de serviços de saúde, como espaço de ensino, essa articulação representa uma necessidade das universidades que em suas constituições iniciais se voltaram para os hospitais próprios, necessitando garantir espaços de ensino-aprendizagem. A lógica das ações conjuntas (ensino e assistência) supriam necessidades de espaço de ensino, porém não rompiam com o método de ensino e com o modelo hegemônico flexneriano⁴. Os espaços de ensino nos postos de saúde acabaram se constituindo em espaços alternativos relegados a disciplinas pouco valorizadas no currículo, mantendo a supremacia e disputa da rede hospitalar enquanto local de prática de ensino¹⁵.

O modelo flexneriano de ensino, hegemônico na história da formação médica e dos demais cursos de saúde, apontava para uma: (1) sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, como ocorria nas escolas alemãs (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia); (2) pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual; (3) valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar de ensino, e considerando impróprio o uso de outros serviços; (4) recomendação para que o hospital de ensino contasse com um corpo clínico próprio e permanente; (5)

^{IV} O modelo médico hegemônico baseava-se nos pressupostos de Abraham Flexner, de 1910, que orientou os modelos de ensino nos Estados Unidos e na América Latina¹⁵.

limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisavam de internação; (6) organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade; (7) ensino da assistência obstétrica dentro do hospital, e não fora dele; (8) recomendação para que o hospital de ensino contasse com um número grande de leitos para cada aluno: 400 leitos para 50 estudantes¹⁵.

O primeiro aspecto do Modelo Flexneriano de Ensino é identificado em ambos os Projetos Pedagógicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa, aqui analisados. Quer seja, a concentração das ciências básicas nos primeiros anos de curso. Essa realidade não é exclusiva do PPC da Unipampa. É possível ampliar a análise sobre a formação médica para o setor da saúde ao criticar o modelo de ensino tradicional, sendo consenso entre os críticos da educação de que a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada é hegemônica na formação dos profissionais da saúde¹³.

A integralidade da atenção é apontada como alternativa de mudança na formação dos profissionais da saúde. Corrobora a aposta de transversalizar a integralidade como eixo estruturante do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa. Apesar da relação proposta pela transversalização da integralidade entre os eixos do curso, conforme a Figura 1, é perceptível a fragmentação entre as ciências básicas biológicas e da saúde, bem como as humanas e sociais. Essas áreas estão dispostas nas extremidades da figura e representam, na vivência prática do curso, uma baixa capacidade de diálogo com as áreas específicas da enfermagem.

Os demais aspectos do Modelo Flexneriano de Ensino em ambos os Projetos Pedagógicos do Curso de

Enfermagem da Unipampa vêm sendo superados ao longo das construções e debates do curso, muito pautados no processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos da Área da Saúde, movimento nacional que busca garantir uma formação mais próxima às realidades sociais incorporando os princípios do SUS nos currículos dos cursos de graduação em saúde¹⁶.

As DCNs dos Cursos da Graduação em Saúde, embora orientadoras de mudanças curriculares, preservam a autonomia universitária, fato que não garante a efetiva transformação das práticas educativas¹⁶.

As mudanças na graduação das profissões da saúde devem ser orientadas para as DCNs e para as diretrizes constitucionais do SUS. Essas mudanças se apresentam como tendência contemporânea do ensino para a formação de profissionais da saúde com perfil adequado para atuarem no sistema de saúde, preocupados com a qualidade da atenção ao usuário e comprometidos com uma sociedade mais justa¹⁶.

Em uma abordagem distinta ao modelo médico hegemônico (ou flexneriano), considera-se que a prática profissional competente resulta da capacidade de mobilizar e combinar, diante de problemas de um campo profissional específico, um conjunto de conhecimentos especializados e saberes tácitos (construídos pela própria experiência), habilidades e atitudes desenvolvidas na trajetória de vida do sujeito. Nesse sentido, considera-se que a formação para a prática profissional deveria incluir o desenvolvimento de experiências de ensino-aprendizagem em cenários diversificados de forma a promover a contextualização do conhecimento e a aprendizagem

significativa, capaz de desenvolver esquemas de pensamento mobilizados tanto pela inteligência prática como pela formalizadora — bases de sua competência — e que conferem ao sujeito a capacidade de compartilhar conhecimentos em situações diversas¹⁷.

Na realidade do curso aqui apresentada, a integração com o SUS ocorre para além da abordagem teórica, por meio da atuação prática nos sistemas e serviços de saúde, perpassando o Conselho Municipal de Saúde de Uruguaiana, as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, os ambulatórios clínico e de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e AD) e o Hospital de Caridade Santa Casa do Município de Uruguaiana. Essa inserção busca ser antecipada no novo currículo, inserindo os acadêmicos nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, com visitas pontuais de reconhecimento das equipes e território no primeiro semestre do curso e no serviço de saúde mental com vivências ao longo do segundo semestre do curso.

O desafio colocado para as instituições formadoras na área da saúde, comprometidas com a mudança, está no processo que institui para construir, em articulação com os agentes das práticas de saúde, as competências e os saberes capazes de introduzir as transformações desejadas no cuidado nos cenários de atenção à saúde. Nessa perspectiva, as competências e os processos que as legitimam vinculam-se, necessariamente, não apenas à sua dimensão pedagógica, mas às bases sociais de sua construção¹⁷.

No campo da construção social das competências, cabe ressaltar os elementos envolvidos na legitimação social de uma prática profissional caracterizada por um conjunto de

saberes e fazeres e os critérios utilizados para tornar pública essa aprendizagem individual (certificação). No campo pedagógico, podem-se identificar os aspectos relacionados com o desenvolvimento cognitivo (atributos/capacidades) e os elementos que possibilitam a construção de sujeitos ativos, críticos e capazes de assumir responsabilidades e compromisso social¹⁷.

Um dos aspectos transversais ao currículo aqui analisado refere-se à integralidade, a qual soma-se a humanização das práticas de saúde. Diante dos aprendizados sobre a educação dos profissionais, é possível situar sua restituição como o determinante ético da política de formação e de mudança na graduação das profissões da área, identificando que o quadrilátero — gestão, instituição de ensino, controle social e serviço — necessita de relações orgânicas. Dessa forma, a aposta na integralidade coloca esse currículo na proposta dos autores que fomentam o debate nesse setor¹⁸.

AS TRANSFORMAÇÕES: ESPAÇOS DE DISCUSSÃO E ATUAÇÃO DOCENTE NO CURSO

Ao discutir as transformações do ensino propostas com as discussões que envolvem o Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa, é importante considerar as abordagens pedagógicas e estratégias educativas, contextualizadas na realidade locorregional¹⁸. A mudança no perfil profissional deve se constituir enquanto objeto de transformação do ensino em enfermagem e no setor saúde.

Considerar as realidades locorregionais e as necessidades de saúde da população, bem como compreender a integração com os serviços de saúde como fundamental ao desenvolvimento da qualidade de atenção à saúde dos usuários, deve ser objeto de atenção docente ao discutir os currículos dos cursos.

As questões que envolvem o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade devem ser apreendidas ainda na graduação, a fim de potencializar práticas integradas na atuação desses profissionais e mudar o processo de trabalho em saúde. A mediação dos saberes dentro de uma equipe de trabalho deve ser consolidada a partir da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade das práticas profissionais, de forma a favorecer o diálogo entre a equipe a partir de uma prática compartilhada, objetivando uma assistência que privilegie, sempre, o usuário¹⁹.

Assim sendo, a educação dos profissionais da área da saúde deve contribuir para o desenvolvimento do trabalho em saúde coerente com o SUS. A educação tem potência para constituir a integralidade e a humanização nas práticas de gestão setorial e de atenção à saúde; para democratizar a gestão do sistema e para realizar o acolhimento dos usuários; para ampliar os domínios tecnoprofissionais e a responsabilização pela cura; para efetivar e defender a autodeterminação dos usuários e da população diante do cuidado e exercício do controle social sobre o setor da saúde; e para entabular uma educação do olhar e da escuta mais significativa à afirmação da vida. A educação dos profissionais de saúde pode contribuir para um aprender coerente com os princípios do SUS^{18:384}.

Os dados aqui analisados foram sistematizados a partir das atas das reuniões docentes que envolveram o Curso de Enfermagem, com o objetivo de identificar as transformações a partir dos espaços de discussão e de atuação docente.

Reuniões Docentes

Nos registros analisados do Curso de Enfermagem da Unipampa, foram identificados quatro tipos de reuniões envolvendo docentes:

(1) Reunião de Professores do Curso de Enfermagem do Campus Uruguaiense — a qual possui o registro de 14 reuniões das 15 realizadas, não sendo encontrado o registro da 13ª reunião;

(2) Reunião Geral do Colegiado do Curso de Enfermagem do Campus de Uruguaiense — a qual possui apenas o registro da primeira reunião;

(3) Reunião Extraordinária para Levantamento de Problemas, Potencialidades e Sugestões para o Curso de Enfermagem — a qual possui apenas o registro de uma reunião;

(4) Reunião da Comissão do Curso de Enfermagem do Campus Uruguaiense — a qual possui o registro de cinco reuniões.

Estes registros foram analisados em sua totalidade identificando avanços e desafios para o Curso de Enfermagem da Unipampa. Foram tabelados os dados, analisados isoladamente e em conjunto a fim de comparar suas proposições. Dessa análise, é possível sinalizar os principais avanços e desafios, sob a ótica de um ator social.

AVANÇOS E DESAFIOS: SOB A ÓTICA DE UM ATOR SOCIAL

O método cartográfico de pesquisa permite ao navegador, aqui identificado como um docente pesquisador que está inserido no Curso de Enfermagem da Unipampa, expressar o seu olhar a partir de um corpo vibrátil, que vive a experiência de construção do curso e de mudança concomitantemente. Repudia o olhar retina e se entrega na percepção implicada sobre os avanços e desafios postos à “Trajetória do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa”.

O primeiro desafio identificado na pesquisa empírica realizada remete ao modelo de Universidade proposto pela Unipampa. O caráter multicampi, por meio de descentralização operativa e centralização administrativa, implica experiência incomum no setor da educação brasileira. Trata-se de um desafio de extrema relevância, tendo em vista a construção de um modelo de universidade nova. A interiorização, a ampliação de vagas e de acesso, o sistema de entrada a partir de prova nacional por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), a fixação de docentes jovens e dirigentes também jovens na esfera administrava imprimem peculiaridades singulares nesse modelo de Universidade.

Os investimentos de recursos federais para a implementação da Universidade se constituem na maior potencialidade identificada na pesquisa. A aquisição de equipamentos, livros, materiais de escritório e a infraestrutura necessária para a operacionalização do ensino, em termos de recursos físicos e materiais, são potências identificadas. Já a construção local de planos de aplicação em todos os campi, a partir da

experiência do Campus Uruguaiana, fora identificada como uma fragilidade, tendo em vista que as demandas solicitadas pelos docentes foram sendo atendidas conforme disponibilidade de recursos, não sendo discutidas as necessidades de forma coletiva. Em alguns cursos, as necessidades são discutidas em colegiado, e em geral, no campus, as discussões ocorrem no nível de dirigentes. O planejamento estratégico, apesar de ser uma importante ferramenta de gestão, não perpassa os docentes de forma geral, sendo esta uma das principais fragilidades identificadas nesse processo de investigação.

Outra grande fragilidade, mostrando-se como prevalente no início do curso, trata-se da gestão de pessoas no Campus Uruguaiana e, no recorte deste estudo, no Curso de Enfermagem. A falta de profissionais técnico-administrativos no Campus reflete em todos os âmbitos da Universidade. Faltavam trabalhadores técnicos responsáveis pelos sistemas de informação, nos setores administrativos eram acumulados pedidos de progressão, não realizados por falta de pessoas, no setor de biblioteca itens aguardavam técnicos para ser catalogados e disponibilizados para consulta pública. Enfim, muitas foram as frentes de trabalho que careceram de pessoas qualificadas contratadas para desempenhar funções públicas importantes na Universidade, dados estes identificados nas atas analisadas quando da implementação do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa.

Diante da gestão de pessoas, um nó crítico importante identificado nessa coleta de dados refere-se à necessidade de contratação docente. A disponibilidade de vagas para a Unipampa, advindas do Governo Federal, são sempre inferiores

às necessidades de cada Campus, ao todo 10 Campi na Unipampa, sendo este um dos principais desafios quando da implementação dos cursos.

A distribuição das vagas entre os cursos, em cada Campus, ocorre a partir de critérios construídos em cada Colegiado de Campus. Desde a sua construção, nenhuma oferta de vagas contemplou a necessidade global de um curso, ou seja, faltavam, no período de coletas de dados da pesquisa, docentes para a integralização de todos os cursos em fase de implementação na Unipampa.

Essa afirmação é coerente quando refletimos que a Unipampa está em fase de implantação e, portanto, sofre as consequências desse processo. A incoerência ocorre quando olhamos cuidadosamente para cada curso, e neste trabalho o olhar vibra em torno do Curso de Enfermagem e de suas necessidades.

A forma como o Curso se estruturou e a participação nos espaços democráticos de construção foram o foco desta pesquisa e apontaram para um curso jovem, com docentes também jovens em sua construção. A juventude na idade e a falta de experiência prévia de atuação docente em universidade federal apontam para arranjos em processo de validação e experimentação.

As pautas do curso, discutidas ao longo das reuniões analisadas, definem que não existe apenas um foco de atuação e construção, e sim uma diversidade deste, levando a responder demandas emergenciais, quer partam da Reitoria, quer dos docentes e quer da própria coordenação do curso ou do campus em que ele está inserido.

O Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa deverá

passar por muitas transformações, estas propostas pela comunidade que naquela se insere e para a qual as mudanças possibilitam novas caminhadas na profissão. Os desafios são muitos, porém as potencialidades infinitas, sendo estas as motivadoras da construção do curso. A adequação às DCNs dos Cursos de Graduação em Enfermagem é uma aposta importante ao Curso da Unipampa, tendo em vista a baixa aderência dos cursos de enfermagem às DCNs, em média 72%, identificada em estudo anterior²¹, muito embora outro estudo tenha identificado avanços no fortalecimento da mudança na educação em enfermagem, em sintonia com as políticas de educação e saúde^{21:95}.

Mudar a formação, segundo os eixos da integralidade e da humanização, é um desafio. Com o desenho educacional flexneriano e com o formato neoliberal das políticas públicas, vemos a formação dos profissionais de saúde orientada para as melhores condições de competição no mundo do trabalho da saúde suplementar, centrada no Hospital de Ensino Universitário e na utilização intensiva de tecnologias duras para o diagnóstico e terapêutica.

As experiências existentes de mudança na formação mostraram que,

sem a participação ativa de atores da gestão setorial, da população, além dos estudantes, é muito difícil produzir mudança na formação. As transformações construídas no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipampa não garantem por si a necessária mudança no perfil profissional. Serão necessárias estratégias de mudança que reforcem as opções do currículo, fundamentando-as e debatendo constantemente as melhorias do ensino-aprendizagem proposto pelo curso.

Apesar de todas as iniciativas utilizadas como tentativa de promover a integração ensino-serviço, trabalhadas dentro da própria academia e dela com os serviços, ainda são vislumbradas grandes dificuldades a serem enfrentadas devido à não adesão de parte dos profissionais às propostas de integração com a Universidade, tendo em vista uma cultura na sociedade distorcida de como formar um profissional na área da saúde, de forma individualista, não colaborativa e pouco intersetorial. As estruturas da própria academia e do serviço, em sua maioria, não estão preparadas para uma mudança de trabalho voltadas para a mudança no ensino, devendo ser também transformadas.

REFERÊNCIAS

1. Unipampa. Projeto de Desenvolvimento Institucional. Bagé: UNIPAMPA; 2009.
2. Unipampa. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Santa Maria: UFSM/ UNIPAMPA; 2006.
3. Unipampa. Curso de Enfermagem. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Uruguaiana: UNIPAMPA; 2013.
4. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: CNE/CES; 2001.

5. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2001. p.39-64.

6. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004 set/out; 20(5): 1411-6.

7. Feuerwerker LCM. Mudanças na Educação Médica e Residências Médicas no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.

8. Feuerwerker LCM. Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

9. Ferreira JR. Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais. In: Santana, JP, Almeida MJ. Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica. Brasília: OPAS; 1994. p. i – vi.

10. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC; 2002.

11. Rolnik S. Cartografia Sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007.

12. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004 set-out; 20(5): 1400-10.

14. Torres OM. Os Estágios de Vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/BRASIL [Dissertação]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2005.

15. Marsiglia RG. Relação Ensino/Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC; 1995.

16. Almeida M (org.). Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. 2ª ed. Londrina: Rede Unida; 2005.

17. Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho Mágico; 10(2): 47-52.

18. Ceccim RB, Capozzolo AA. Educação dos Profissionais de Saúde e Afirmação da Vida: a prática clínica como resistência e criação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (org). Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 346-390.

19. Araújo CLF. A prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003; p. 145-68.

20. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, Shiratori K, Reibnitz KS, Sordi MRL, Barbieri M, Bocardi MIB. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev. bras. enferm. [online]. 2007 [cited 2015 Dez 08];60(6):627-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/02.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

21. Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. Rev. bras. enferm. [online]. 2013 [cited 2015 Dez 08];66:95-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea13.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

ANEXO

FIGURA 1: Representação Gráfica do Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da Unipampa em 2009



Fonte: Unipampa. Curso de Enfermagem. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. [arquivo pessoal].

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: INSTRUMENTO DE ESTÍMULO À VALORIZAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA

UNIVERSITY EXTENSION: AN INSTRUMENT OF STIMULUS TO THE APPRECIATION AND PROMOTION OF HEALTH AMONG PHYSIOTHERAPY STUDENTS

Cristina Dutra Ribeiro

Doutoranda em Ciências da
Saúde pela Universidade
Federal do Rio Grande
Docente do Programa de Pós-
Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade Federal
do Rio Grande – FURG

Maria Cristina Flores Soares

Doutora em Fisiologia pela
Université Paris VI Pierre et
Marrie Curie
Docente do Programa de Pós-
Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade Federal
do Rio Grande – UFRGS

Contato:

Cristina Dutra Ribeiro

Endereço: Avenida Espírito Santo nº 2995,
Laranjal
Pelotas – RS
CEP: 96090-260
E-mail: crisdribeiro@yahoo.com.br

Resumo

Objetivou-se investigar a contribuição da participação em projetos de extensão universitária para a aproximação de acadêmicos de fisioterapia com a promoção da saúde. Participaram do estudo 60 acadêmicos que foram divididos em dois grupos: grupo GP, que participou de um projeto de extensão na comunidade, e outro com os não participantes (GNP). Para a coleta dos dados, utilizou-se um instrumento estruturado que investigou a percepção/opinião dos acadêmicos quanto

aos temas: projetos de extensão e benefícios para a comunidade; atuação do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família (ESF); promoção da saúde; áreas de atuação da Fisioterapia. Foram comparadas as notas médias atribuídas pelos estudantes dos grupos GP e GNP. As notas de GP foram significativamente maiores nos itens: participação em projeto de extensão proporciona formação mais próxima da realidade do mundo do trabalho (GP:9,14±0,99; GNP:8,23±1,63; p=0,025); a atuação do fisioterapeuta na ESF compreende cuidados coletivos de saúde para a comunidade (GP: 9,43±1,04; GNP: 8,50±1,91; p=0,02); importância sobre as áreas de atuação da Fisioterapia (promoção da saúde, GP: 9,87±0,43; GNP: 8,97±1,96; p=0,006; prevenção das doenças e agravos à saúde: GP:9,80±0,55; GNP: 8,73±1,96; p=0,004; reabilitação: 9,87±0,35; GNP: 9,30±1,47; p=0,05). Os resultados permitem sugerir que a inserção do acadêmico em projetos de extensão na comunidade oportuniza uma expansão de sua percepção sobre as potencialidades da fisioterapia valorizando sua participação na promoção da saúde e na prevenção de doenças, o que contribui para a formação de um profissional de fisioterapia mais habilitado para responder às necessidades de atenção à saúde integral da população.

Palavras-chave: Fisioterapia. Promoção da saúde, Relações comunidade-instituição, Educação em saúde.

Abstract

We aimed to investigate the contribution of the participation in university extension projects for the approach of physical therapy students with promotion of health. Sixty students participated in the study, who were divided into two groups: the GP group, who participated in an extension project in the community and another group with non-participants (GNP). For the collection of data, we used a structured instrument that investigated the perception / opinion of academics as to the themes: extension projects and community benefits; role of the physical therapist in the Family Health Strategy (FHS); promotion of health; Physical therapy areas of performance. Assigned average scores were compared by students in groups GP and GNP. GP scores were significantly higher in the following items: participation in the extension project provides a training that is closer to the reality of the workplace (GP: 9.14 ± 0.99; GNP: 8.23 ± 1.63, p = 0.025); the role of a physical therapist in the FHS comprehends collective health care for the community (GP: 9.43 ± 1.04; GNP: 8.50 ± 1.91, p = 0.02), importance of areas of practice of Physical therapy (health promotion, GP: 9.87 ± 0.43; GNP: 8.97 ± 1.96, p = 0.006, disease and health problems prevention: GP: 9.80 ± 0.55; GNP: 8.73 ± 1.96, p = 0.004; rehabilitation: 9.87 ± 0.35; GNP: 9.30 ± 1.47, p = 0.05). Results suggest that student insertion in the extension projects in the community provides an opportunity to expand their perception of the potential of physical therapy valuing their involvement in health promotion and disease prevention, which contributes to the formation of a professional of physical therapy more capable of meeting the needs of the comprehensive health care of the population.

Keywords: Physical Therapy. Health Promotion. Community-Institution Relations. Health Education.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho em equipe, na delimitação do território de atuação, no vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades e na necessidade de incorporação de outros saberes em saúde, como o social, o pedagógico e o psicológico. Dessa forma, o processo de formação dos profissionais de saúde deve gerar atores comprometidos com a promoção da saúde (PS) atuando de forma crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente para o atendimento integral à saúde da população e a sua transformação¹.

Devido a essa concepção, os profissionais devem estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma integração de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. Entretanto, as práticas profissionais geralmente não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas. Esse aspecto é um dos sérios desafios a serem enfrentados para a consolidação do sistema de saúde brasileiro².

Assim, é necessário que as instituições de ensino assumam a responsabilidade de superar essa lacuna na formação dos profissionais de saúde, estando esta, sintonizada com as necessidades sociais e levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população.

Entre esses profissionais, o fisioterapeuta vem gradativamente identificando seu papel na equipe de saúde da atenção básica, principalmente na sua atuação como promotor da saúde². Para tanto, tem aumentado a preocupação por parte das universidades com a formação de um fisioterapeuta voltado para a saúde integral da população.

Um caminho que se apresenta como oportuno para proporcionar ao estudante de saúde em formação uma ampliação de sua visão de mundo e o conhecimento mais adequado da realidade que ele irá enfrentar no trabalho é a extensão universitária. Esta, para cumprir o seu verdadeiro papel, atuando como caminho de mão dupla facilitando a integração entre a universidade e a sociedade, deve ser indissociada do ensino e da pesquisa, ser construída dentro da interdisciplinaridade e estar realmente comprometida com a transformação social³.

Dessa forma, a extensão mostra-se, então, como uma estratégia importante que pode contribuir para a formação mais adequada dos profissionais despertando o interesse e a preocupação com a promoção da saúde e a atenção integral dos indivíduos.

A inserção de acadêmicos de fisioterapia em projetos de extensão tem sido relatada como um instrumento que possibilita uma aproximação com a realidade social da população, estabelecendo vínculos com as pessoas e organizações da comunidade, o que contribui para a tomada de consciência sobre as reais necessidades de saúde da população^{4,5}.

Assim, este artigo tem como objetivo investigar se a participação em projetos de extensão pode se constituir em um caminho para aproximação dos acadêmicos com a promoção da saúde e a realidade enfrentada pelas comunidades.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, fazendo parte da amostra 60 acadêmicos do curso de fisioterapia de uma instituição privada localizada no extremo sul do Brasil. Esses já haviam cursado a disciplina de Saúde Coletiva que ressalta as estratégias e conceitos de promoção da saúde.

Os estudantes foram divididos em dois grupos: o primeiro formado por 30 alunos participantes de um projeto de extensão “Fisioterapia na Atenção Básica: a demanda identificada na comunidade” (grupo GP), que visava oportunizar aos alunos conhecer a realidade de comunidades carentes de 15 microrregiões do município que tinham cobertura das equipes da ESF. Durante 5 meses, eles visitaram 629 domicílios verificando informações sobre as condições socioeconômicas e de saúde das famílias a fim de identificar situações com potencialidades para a atuação da fisioterapia.

O outro grupo foi formado por 30 acadêmicos que não participaram desse projeto (grupo GNP). A seleção desses aconteceu por sorteio aleatório entre o grupo que mostrou interesse em participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado em que as questões tinham atribuição de nota aos diversos itens apresentados (1 para mínimo e 10 para máximo) de acordo com a percepção/opinião do entrevistado.

Investigou-se a percepção/opinião dos acadêmicos a respeito dos seguintes aspectos: benefícios da participação em projeto de extensão; atuação do fisioterapeuta na ESF; benefícios dos projetos de extensão para a comunidade;

Promoção da Saúde; principais áreas de atuação do fisioterapeuta, além dos dados demográficos (sexo, idade).

Na análise, foi calculada inicialmente a frequência das variáveis categorizadas e o cálculo das médias \pm sdm das variáveis contínuas.

Nas questões avaliadas pela escala de 1 a 10, quando considerada a totalidade dos acadêmicos, as médias das notas atribuídas aos itens propostos em uma mesma questão foram comparadas entre si pelo Teste Kruskal Wallis, seguido pelo Teste de Mann-Whitney. Esses mesmos testes foram utilizados para realizar a comparação das médias das notas atribuídas pelos dois grupos de estudantes (GP e GNP) a cada um dos itens propostos dentro de cada uma das questões investigadas. Foram considerados significantes os valores em que $p < 0,05$.

Foram respeitados os preceitos éticos das atividades de pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução N° 466/2012⁶. Foi solicitada adesão aos sujeitos por meio de assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantidos os esclarecimentos necessários sobre a finalidade da pesquisa e o anonimato dos dados coletados. O estudo foi previamente submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer CEPAS-FURG N° 103/2009. A participação dos acadêmicos foi autorizada pela coordenação do curso de Fisioterapia.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de $24,8 \pm 6,8$ anos. Destes, 51,7% eram do sexo feminino. Em relação às séries cursadas, a distribuição foi da seguinte forma: 18,3% no quarto semestre, 48,3% no quinto e 33,3% estavam cursando o sexto semestre de fisioterapia.

Na Tabela 1, apresentamos a percepção/opinião dos estudantes sobre a participação em projetos de extensão. As maiores notas médias atribuídas foram aos itens: importância e a necessidade do trabalho do fisioterapeuta em comunidades carentes que não dispõem desse recurso e a importância da ampliação da prática fisioterapêutica principalmente na promoção da saúde.

Já o item que recebeu menor nota média foi o que possibilita o trabalho conjunto com estudantes e/ou profissionais de outras áreas, que também teve diferença entre os grupos, sendo que os estudantes do grupo GP atribuíram nota média significativamente menor que os demais. Também foi verificada diferença entre os grupos no que afirma que a participação em projetos de extensão proporciona uma formação mais próxima da realidade vivenciada no mundo do trabalho.

Tabela 1- Notas médias atribuídas pelos graduandos em fisioterapia sobre sua percepção/opinião a respeito da participação em projetos de extensão

(continua)

Participação em projetos de extensão	TOTAL (n=60) $p < 0,000^*$		GRUPOS		p
			GPN (n=30)	GP (n=30)	
Necessidade do trabalho do fisioterapeuta em comunidades carentes	9,43 \pm 1,31	A	9,77 \pm 0,43	9,10 \pm 1,75	0,094
Ampliação da prática fisioterapêutica na PS	9,35 \pm 1,44	Ab	9,57 \pm 0,77	9,13 \pm 1,87	0,506
Conhecimento de um futuro campo de atuação profissional	9,18 \pm 1,16	Bc	9,40 \pm 0,86	8,97 \pm 1,38	0,199
Aproximação com a comunidade	8,98 \pm 1,52	Bcd	9,37 \pm 1,22	8,60 \pm 1,71	0,520
Aproximação entre o discente e o professor	8,82 \pm 1,42	Cd	8,90 \pm 1,56	8,73 \pm 1,28	0,279

Tabela 1- Notas médias atribuídas pelos graduandos em fisioterapia sobre sua percepção/opinião a respeito da participação em projetos de extensão
(conclusão)

Participação em projetos de extensão	TOTAL (n=60) p<0,000*		GRUPOS		p
			GPN (n=30)	GP (n=30)	
Formação mais próxima da realidade vivenciada no mundo do trabalho	8,68±1,42	D	9,14±0,99	8,23±1,63	0,025*
Conhecimento da dimensão do campo de atuação da fisioterapia	8,43±1,89	D	8,00±2,15	8,87±1,50	0,083
Trabalho conjunto com estudantes e/ou profissionais de outras áreas	7,32±2,34	E	6,13±2,49	8,50±1,43	0,000*

* A diferença entre as médias das notas atribuídas pelo grupo de estudantes que participou do projeto de extensão (GP) e o outro grupo (GNP); Teste Kruskal Wallis, seguido pelo Teste de Mann-Whitney.

Letras diferentes (a, b, c, d, e) representam diferença significativa entre as notas médias atribuídas, a cada item, pela totalidade dos estudantes.

Foi verificada também a percepção/opinião dos participantes sobre os benefícios dos projetos de extensão para a comunidade (Tabela 2). As maiores notas médias foram os itens que atribuíram aos projetos de extensão uma oportunidade de assistência em saúde, de acesso à fisioterapia sem ônus e de melhora na qualidade de vida da comunidade.

Nessa mesma questão, as menores notas médias foram atribuídas para a afirmativa que refere que os projetos de extensão contribuem para a construção da cidadania e superação da exclusão social.

Tabela 2- Notas médias atribuídas pelos graduandos em fisioterapia sobre sua percepção/opinião a respeito dos benefícios dos projetos de extensão para a comunidade

Benefícios dos projetos de extensão para a comunidade	TOTAL (n=60) p<0,001*		GRUPOS		p
			GPN (n=30)	GP (n=30)	
Oportunidade de assistência em saúde	8,93±1,45	A	9,07±1,17	8,80±1,69	0,683
Melhora na qualidade de vida da comunidade	8,88±1,53	A	9,07±1,14	8,70±1,84	0,722
Oportunidade de acesso à fisioterapia sem ônus	8,85±1,77	A	9,10±1,30	8,60±2,14	0,466
Aproximação da comunidade e a universidade	8,75±1,50	A	9,07±1,20	8,43±1,72	0,123
Mecanismo de educação em saúde	8,43±1,87	Ab	8,90±1,06	7,97±2,36	0,141
Construção da cidadania	8,23±1,51	B	8,17±1,44	8,30±1,60	0,628
Superação da exclusão social	8,07±1,64	B	8,07±1,55	8,07±1,74	0,880

*Teste Kruskal Wallis, seguido pelo Teste de Mann-Whitney

Letras diferentes (a, b, c, d, e) representam diferença significativa entre as notas médias atribuídas, a cada item, pela totalidade dos estudantes.

Em um terceiro momento, foi questionado aos estudantes a sua percepção/opinião sobre como seria a atuação do fisioterapeuta na ESF (Tabela 3). O item que recebeu a melhor avaliação é o que se refere aos cuidados específicos a cada indivíduo de acordo com a sua necessidade, verificou-se uma influência maior do grupo de estudantes que não participou do projeto de extensão, uma vez que foi a maior nota média atribuída por esse grupo entre todos os itens.

Foi verificada diferença significativa entre os grupos em relação aos cuidados coletivos de saúde para a comunidade. A nota média inferior atribuída pelo conjunto dos estudantes é o que identifica entre as possibilidades de atuação da Fisioterapia na ESF as ações com intervenções ambientais.

Tabela 3- Notas médias atribuídas pelos graduandos em fisioterapia sobre sua percepção/opinião a respeito da atuação do fisioterapeuta na ESF

Atuação do fisioterapeuta na ESF	TOTAL (n=60) p<0,000*		GRUPOS		p
			GPN (n=30)	GP (n=30)	
Cuidados específicos a cada indivíduo de acordo com a sua necessidade	9,22±1,40	A	9,24±1,35	9,20±1,47	0,808
Prevenção de doenças na coletividade	9,17±1,52	A	9,57±0,68	8,77±1,98	0,068
Ações de educação em saúde	9,05±1,48	A	9,40±0,89	8,70±1,84	0,107
Cuidados coletivos de saúde para a comunidade	8,97±1,59	A	9,43±1,04	8,50±1,91	0,020*
Ações com intervenções ambientais	7,75±2,00	B	8,03±2,09	7,47±1,89	0,132

* A diferença entre as médias das notas atribuídas pelo grupo de estudantes que participou do projeto de extensão (GP) e o outro grupo (GNP); Teste Kruskal Wallis, seguido pelo Teste de Mann-Whitney. Letras diferentes (a, b) representam diferença significativa entre as notas médias atribuídas, a cada item, pela totalidade dos estudantes.

Na Tabela 4, apresentamos a percepção/opinião sobre a Promoção da Saúde, sendo que não houve diferença significativa entre as notas médias atribuídas pelos participantes aos dez itens propostos.

Destacam-se as maiores notas médias aos cuidados coletivos de saúde para a comunidade, estratégia a ser utilizada para a busca de qualidade de vida e prevenção de doença na coletividade, e as três menores para aqueles itens que relacionam a PS aos cuidados específicos para cada indivíduo, conforme sua necessidade, redução de danos e reabilitação individual e a redução de danos e reabilitação coletiva.

Tabela 4- Notas médias atribuídas pelos graduandos em fisioterapia sobre sua percepção/opinião sobre a Promoção da Saúde

Promoção da Saúde	TOTAL (n=60) P=0,463*	GRUPOS		p
		GP (n=30)	GPN (n=30)	
Cuidados coletivos de saúde para a comunidade	9,10±1,41	9,27±1,20	8,93±1,60	0,402
Estratégia a ser utilizada para a busca de qualidade de vida	9,08±1,30	9,27±1,17	8,90±1,42	0,274
Prevenção de doença na coletividade	9,00±1,88	9,30±1,18	8,70±2,37	0,402
Estratégia para atingir equidade na assistência em saúde	8,92±1,21	9,24±1,06	8,73±1,31	0,118
Ações de educação em saúde	8,92±1,45	9,30±0,99	8,53±1,74	0,100
Prevenção e controle de doenças individuais, conforme a necessidade do indivíduo	8,83±1,64	9,20±0,89	8,47±2,10	0,367
Reforço em ações comunitárias	8,75±1,67	9,07±1,31	8,43±1,94	0,169
Cuidados específicos para cada indivíduo, conforme sua necessidade	8,67±1,85	9,03±1,38	8,30±2,18	0,280
Redução de danos e reabilitação individual	8,65±1,66	8,87±1,17	8,43±2,05	0,677
Redução de danos e reabilitação coletiva	8,62±1,35	8,90±1,32	8,73±1,39	0,628

*Teste Kruskal Wallis, seguido pelo Teste de Mann-Whitney.

Os dados apresentados na Tabela 5 apresentam a percepção/opinião sobre a atuação da Fisioterapia de uma maneira geral. Quando considerado o conjunto dos alunos, não foi verificada diferença significativa entre os itens propostos: reabilitação, recuperação da saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, embora os dois primeiros tenham recebido as maiores notas.

No entanto, quando comparados os dois grupos, verifica-se que as notas atribuídas pelos estudantes que participaram do projeto de extensão foram significativamente maiores nos itens relacionados com a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Tabela 5- Percepção/opinião de estudantes a respeito da atuação da Fisioterapia

Atuação da Fisioterapia	TOTAL (n=60) p=0,735*	GRUPOS		p
		GP (n=30)	GPN (n=30)	
Recuperação da saúde	9,62±0,90	9,77±0,50	9,47±1,17	0,239
Reabilitação	9,58±1,09	9,87±0,35	9,30±1,47	0,050*
Promoção à saúde	9,42±1,48	9,87±0,43	8,97±1,96	0,006*
Prevenção das doenças e agravos à saúde	9,27±1,53	9,80±0,55	8,73±1,96	0,004*

* A diferença entre as médias das notas atribuídas pelo grupo de estudantes que participou do projeto de extensão (GP) e o outro grupo (GPN) Teste Kruskal Wallis, seguido pelo Teste de Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

As instituições de ensino superior exercem um papel fundamental no desenvolvimento da sociedade contribuindo em todas as áreas do conhecimento, incluindo a saúde. Para a formação de um profissional cidadão, este deve requerer sua efetiva interação com a sociedade, para lhe auxiliar a situar-se historicamente e identificar-se com sua cultura oportunizando a experiência de referenciar sua formação com os problemas que um dia terá de enfrentar. Dessa forma, a extensão é entendida como prática acadêmica que interliga a universidade, nas suas atividades de ensino e de pesquisa, às demandas da maioria da população, possibilitando ao estudante essa formação⁷.

O presente estudo identificou esse fato uma vez que os estudantes verificaram a importância da ampliação da prática fisioterapêutica principalmente na promoção da saúde. Esse resultado expressa que o graduando percebe a necessidade de que a fisioterapia expanda o seu olhar em relação aos

determinantes do processo saúde-doença e amplie a sua prática em direção à promoção da saúde atendendo à demanda da população, saindo do paradigma exclusivo da recuperação da saúde e reabilitação.

Porquanto, além do fisioterapeuta estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação voltada, sobretudo, para a doença, ele é historicamente reconhecido como “o profissional da reabilitação”, que atua exclusivamente no momento em que a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida⁸.

O projeto também serviu para avaliar a importância e a necessidade do trabalho do fisioterapeuta em comunidades carentes que não dispõem desse recurso, sugerindo que os estudantes percebem a lacuna existente no que se refere à fisioterapia na comunidade, e essa percepção independe de eles terem participado ou não do projeto de extensão. A ampliação do acesso à fisioterapia para toda a comunidade só será uma realidade quando esse profissional for incluído definitivamente na equipe da atenção básica.

Para isso, ele deverá identificar o seu papel e evidenciar de forma clara sua importância nas equipes multidisciplinares de saúde, pois se considera essa uma profissão nova e, sendo assim, com pouca participação nas equipes da ESF, mas que vê um enorme caminho a ser trilhado, já que a fisioterapia na saúde pública pode ser inclusive uma ponte entre a comunidade e os gestores de saúde⁵.

Em relação à participação em projetos de extensão possibilitar o trabalho conjunto com estudantes e/ou profissionais de outras áreas ter recebido notas mais baixas do grupo GP, constatou-se que toda a aproximação realizada com as equipes de saúde das unidades básicas de saúde da família para preparar a visita às residências assim como o trabalho específico com os ACS para identificação dos endereços das pessoas da comunidade não foram percebidos pelos estudantes como um trabalho conjunto. Nesse caso, sugere-se ter prevalecido o fato de os estudantes terem visitado as casas das pessoas da comunidade, sozinhos ou em duplas.

A extensão-ensino gera a necessidade de romper com o que está posto tradicionalmente e assumir outras responsabilidades e desafios exigindo, entre outras propostas, novos padrões de relacionamento entre profissionais, acadêmicos e comunidade⁹.

A diferença encontrada entre os grupos em relação à participação em projetos de extensão proporcionar uma formação mais próxima da realidade vivenciada no mundo do trabalho sugere que o conhecimento da realidade de vida das pessoas é percebido pelo estudante que teve a experiência de forma mais positiva em relação aos demais. Esse é, sem dúvida, um dos maiores ganhos daqueles que têm oportunidade de sair dos muros da universidade e participar

de atividades na comunidade. Vivenciar a prática de aproximar-se das pessoas inseridas em seu contexto proporciona ao estudante a oportunidade de sair do imaginário da sala de aula, confrontando-o com a realidade.

A extensão universitária é uma forma de oportunizar ao aluno vivenciar diversas experiências na comunidade, essas muitas vezes diferentes das disciplinas curriculares. Esse tipo de atividade contribui para integração e antecipação de experiências ainda não vivenciadas e que, muitas vezes, não são possibilitadas pela matriz curricular obrigatória. Sendo assim, a prática, antecedendo a teoria, faz com que a teoria sirva de reflexão sobre os porquês dessa prática e, desta maneira, permite reformular ou valorizar a prática^{5,9}.

Em relação aos benefícios dos projetos de extensão para a comunidade, foi verificado que eles são uma oportunidade de assistência em saúde, de acesso à fisioterapia sem ônus e de melhora na qualidade de vida da comunidade. Na realidade, as duas primeiras alternativas mostram que os estudantes perceberam que no grupo investigado havia uma necessidade de fisioterapia na comunidade que não vem sendo atendida e que poderia ser respondida pelos projetos de extensão. A contribuição da universidade para a melhora da qualidade de vida das comunidades, outro item mais bem votado nessa questão, é inegável, seja por meio de projetos de extensão ou ainda pela própria formação de profissionais críticos e habilitados para responder às demandas da sociedade. No entanto, a função da universidade não pode ser confundida com o papel do Estado, que deve ser o responsável pelo provimento das condições necessárias para que a população receba atenção integral à sua saúde.

A universidade deve produzir saberes científicos, tecnológicos, artísticos e filosóficos, tornando-os acessíveis à população, ou seja, a compreensão da natureza pública da universidade se confirma à proporção que diferentes setores da população usufruem do resultado produzido pelas atividades acadêmicas condizente com a realidade do sistema de saúde nacional, o que não significa ter que, necessariamente, acabar com os problemas de saúde do país¹⁰.

Já a contribuição dos projetos de extensão para a construção da cidadania e superação da exclusão social verifica-se que, entre todos os itens apresentados, há por parte dos graduandos uma menor percepção dos projetos de extensão como um caminho que pode propiciar às pessoas que tiveram alguns de seus direitos afetados o resgate de sua cidadania, o que se transforma em um mecanismo de reinclusão social.

Para atuar com a saúde da população, o fisioterapeuta precisa entender que vai promover a atenção específica de sua área, mas que em torno dessa atuação estão inseridas outras questões, como a responsabilidade social e a necessidade de criar condições necessárias para o desenvolvimento da saúde, que são tão importantes quanto recuperar e curar pessoas⁸.

No que se refere à atuação do fisioterapeuta na ESF, o item que recebeu a melhor avaliação é o que se refere aos cuidados específicos a cada indivíduo de acordo com a sua necessidade. O modelo de atuação em fisioterapia voltada para a recuperação da saúde e a reabilitação exige que a atenção seja realizada de forma individualizada, e esse aspecto possivelmente tenha influenciado essa resposta. Ao mesmo tempo, esse resultado também denota a persistência da história da fisioterapia

tradicional, que valoriza o modelo hospitalocêntrico e intervencionista. Estudo que abordou aspectos facilitadores e dificultadores da atuação da Fisioterapia no Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Governador Valadares/MG mostrou que mesmo quando inserido na ESF o fisioterapeuta ainda privilegia os atendimentos individuais, apresentando dificuldade em inserir-se em grupos operativos¹¹. Os autores afirmam que o maior desafio é a formação do profissional para as práticas em saúde coletiva.

Por outro lado, observa-se que a vivência na comunidade possibilitou ao grupo participante do projeto de extensão uma ampliação da visão sobre as possibilidades da atuação da fisioterapia na ESF, sobretudo no que se refere às iniciativas que envolvam a coletividade.

Sendo assim, os participantes da pesquisa remetem a uma abordagem nas práticas em saúde que valoriza a dimensão subjetiva e que implica construir um modelo de atenção e de ensino que reconheça o singular sem desprezar o coletivo e que seja centrado na pessoa que recebe o cuidado¹⁰.

As notas médias inferiores no que se refere às ações com intervenções ambientais nos remetem a pensar que a noção de ambiente é uma questão muito ampla e ainda é um aspecto de certa forma negligenciado pelos profissionais de saúde. É necessário despertar no estudante a consciência de que o homem, ao existir, influencia e é influenciado pelo ambiente no qual está inserido, e que isso afeta diretamente o seu processo saúde-doença. Assim, é importante que o estudante perceba desde o período de formação que o êxito de sua atuação profissional exige a inclusão de intervenções ambientais. Estas devem ser realizadas por ações corretivas e preventivas sobre o

ambiente, com vistas à eliminação e/ou redução de riscos para a saúde¹².

Nesse sentido, a expressão saúde e ambiente pode ser tomada como uma forma pactuada socialmente de estabelecer e conduzir possibilidades de ações. Estas envolvem valores e projetos coletivos, ou seja, o desenvolvimento de propostas de intervenção sobre a realidade da qual faz parte a saúde e o ambiente¹³.

Na análise dos dados em conjunto em relação à percepção/opinião dos estudantes sobre a promoção da saúde, estabelece-se quase no sentido inverso ao da atuação da fisioterapia na ESF, ou seja, no seu entendimento, a Promoção da Saúde privilegia mais ações que envolvem a coletividade, enquanto a atuação da fisioterapia deveria voltar-se para cuidados específicos para cada indivíduo, conforme sua necessidade.

Não se pode negar que as notas atribuídas pelos estudantes, aos diferentes itens nas duas últimas questões, denotam uma percepção que pode ser considerada adequada sobre os temas abordados, mas os resultados sugerem uma maior dificuldade em associar a promoção da saúde à fisioterapia. Esse fato poderia ser devido ao próprio processo de formação que mesmo enfocando a importância da promoção da saúde ainda tem maior dificuldade em traduzi-la, por exemplo, em ações da fisioterapia voltadas para a coletividade⁵. Outro aspecto que pode contribuir para essa compreensão limitada são os exemplos de atuação da fisioterapia que esses estudantes estão acompanhando ao longo de sua formação, em cenários fora da universidade, uma vez que se sabe que são alunos que ainda não iniciaram seus estágios.

Outro aspecto que chama a atenção é que as ações que se referem

à reabilitação foram as que receberam as menores notas, mostrando que os estudantes associam menos a promoção da saúde a essa fase do processo saúde-doença. Esse aspecto mostra a necessidade de enfatizar a esses estudantes que a promoção da saúde deve ser valorizada em todos os níveis de atenção, estando o indivíduo saudável ou em acompanhamento visando sua reabilitação. Independentemente da situação em que o profissional estiver atuando, é preciso que ele tenha claro que a doença, a deficiência e as limitações também fazem parte da existência humana e que inclusive nessas condições é possível promover saúde.

O que não pode ocorrer é a permanência de uma atenção voltada exclusivamente a esses aspectos, sem considerar o indivíduo, seu contexto e sua condição de sujeito. Não obstante, analisando o histórico do ensino superior em fisioterapia no Brasil, observa-se uma valorização do individual, da terapêutica, da especialidade e da utilização de métodos e técnicas sofisticadas⁸.

Quanto à comparação dos grupos de alunos no que se refere à participação no projeto de extensão, em nenhum dos itens foi verificada diferença significativa entre as notas atribuídas. No entanto, é importante ressaltar que em todos os itens apresentados as notas dos alunos que participaram do projeto foram maiores.

Esses dados mais uma vez sugerem que a vivência na comunidade tenha contribuído para uma melhor avaliação dos diferentes itens propostos para definir a promoção da saúde. A prática, antecedendo a teoria, faz com que a teoria sirva de reflexão sobre os porquês dessa prática, o que possibilita a reformulação e maior valorização da própria prática⁵.

Em relação à atuação da Fisioterapia, de maneira geral, as notas atribuídas pelos estudantes que participaram do projeto de extensão foram significativamente maiores nos itens relacionados com a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Esses resultados mostram que os projetos de extensão, que proporcionam aos estudantes a aproximação com a realidade de vida da população, contribuem de forma efetiva para uma ampliação da visão das possibilidades de atuação da Fisioterapia, reforçando a importância da participação do profissional fisioterapeuta em ações individuais e coletivas de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, em todos os cenários em que este estiver atuando^{5,10}.

CONCLUSÃO

Sabe-se que a metodologia utilizada neste estudo pode ser uma limitação para a interpretação dos resultados, uma vez que os estudantes expressavam a sua percepção/opinião por meio de notas aos diversos itens

propostos nas diferentes questões avaliadas. No entanto, essa metodologia possibilitou a participação de um número maior de sujeitos, e a variação relativamente pequena nas respostas na maioria dos itens que constituíram o instrumento de avaliação permite inferir que os dados realmente mostram a opinião do conjunto dos estudantes.

Assim, conclui-se que a formação adequada do estudante de fisioterapia, que responda às necessidades de saúde da população, necessita de uma multiplicidade de cenários de ensino-aprendizagem. Os resultados deste estudo mostram que a participação em projetos de extensão, que proporcionam a vivência da realidade das comunidades, transformando essas vivências em salas de aulas ampliadas, permite ao estudante uma expansão de sua percepção sobre as potencialidades da Fisioterapia valorizando a sua participação na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos. Com isso, verifica-se que a possibilitar aos estudantes vivências na comunidade é indispensável para a formação de um profissional de fisioterapia habilitado para responder às necessidades de atenção à saúde integral da população.

REFERÊNCIAS

1. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiv.* 2011; 16(1): 319-25.
2. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiv.* 2010; 15(1): 1627-36.
3. Miranda GBN, Teixeira RC. Atuação do fisioterapeuta na atenção primária: conhecimentos dos acadêmicos do último semestre. *Cad edu saude e fis.* 2014; 1(2): 13-25.

4. Formiga CKMR, Hamu TCDS. Programa de promoção e educação em saúde para usuários do serviço da clínica escola de fisioterapia. *Revist brasil exten inovação.* 2013; 1(1): 130-38.
5. Ribeiro KSQS. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. *Cad. Cedes.* 2009; 29(79): 335-46.
6. Brasil, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p.11.*
7. Pinheiro MNM, Oliveira SKS, Araújo MSM. Vivências do projeto UERR Rondon: uma proposta de extensão universitária. *Revist Participação.* 2013; 23: 69-76.
8. Calvalcante CCL, Rodrigues ARS, Dadalto TV, Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioter. Mov. Curitiba.* 2011; 24(3): 513-22.
9. Pivetta HMF, Backes DS, Carpes A, Battistel ALHT, Marchiori M. Ensino, pesquisa e extensão universitária: em busca de uma integração efetiva. *Rev Linhas Críticas.* 2010; 16(31): 377-90.
10. Guedes MBOG, Souza IDT, Freitas LM, Santos TP, Neri DGC, Santos VA, Fernandes SGG. A educação como ação de extensão para a prevenção e promoção em saúde. *Revista Extensão em ação.* 2013; 2(5):120-30.
11. 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. (Impr.).* 2010; 23(2): 323-30.
12. Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Fisioter Pesq.* 2014; 21(3): 271-78.
13. Gallo E, Setti AFF. Território, intersectorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciênc. saúde coletiv.* 2014; 19(11): 4383-96.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL E PESO DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA

EVALUATION OF SATISFACTION WITH BODY IMAGE AND WEIGHT OF PHYSICAL THERAPY STUDENTS

Patrícia Caroline Tada

Fisioterapeuta formada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná – UNICENTRO

Alberto Sumiya

Doutor em Ciências da Motricidade.

Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Contato:

Alberto Sumiya

Endereço: Rua Presidente Beernardes, 1645/7, Centro
Cascavel/PR
CEP: 85801-18
E-mail: asumiya@hotmail.com

RESUMO

A noção de imagem corporal refere-se à percepção subjetiva da aparência física. A problemática desse tema está na importância de o fisioterapeuta compreender a própria corporalidade para melhor acessar o corpo do outro enquanto pessoa. Este artigo teve como objetivo verificar a satisfação com a imagem e o peso corporal de estudantes de fisioterapia. Foram avaliadas 37 estudantes do gênero feminino, que foram subdivididas em quatro grupos de acordo com suas respectivas séries na graduação, sendo a coleta de dados guiada pela Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC). A ESIC evidenciou que a 2ª série foi a mais satisfeita seguida, respectivamente, pela 4ª, 3ª e 1ª séries. Somente a 1ª série apresentou correlação entre satisfação com a imagem e peso corporal ($p = 0,0275$). Verificou-se que não houve um padrão linear de satisfação concomitante à progressão da graduação, porém o resultado foi próximo da expectativa, que seria um padrão decrescente. Infere-se que a formação do fisioterapeuta favorece o desenvolvimento da corporalidade do estudante, sugerindo ainda a necessidade de estudos que explorem a corporalidade como fator determinante na promoção de uma saúde integral.

Palavras-chave: Fisioterapia. Estudantes. Imagem corporal; Satisfação pessoal.

ABSTRACT

The notion of body image refers to the subjective perception of physical appearance. The problematic of this theme is the importance of the physical therapist better understanding their own corporality to access the body of the other as a person. The objective was to to verify the satisfaction with the image and body weight of physical therapy students. 37 female students were evaluated and then divided into four groups according to their respective year of graduation. Data collection was guided by Satisfaction Scale with Body Image (ESIC). ESIC showed that the 2nd year was the most satisfied, followed respectively by the 4th, 3rd and 1st year. Only the 1st year presented correlation between satisfaction with body image and weight ($p = 0,0275$). It was verified that there was no linear pattern of satisfaction while the graduation progressed, though the result was close to the expectation which is that it would be a decreasing pattern. It was understood that the physical therapist's formation favors the development of the student's corporality, suggesting yet the need for more research exploring corporality as determinant factor in the promotion of a comprehensive health.

Keywords: Physical therapy. Students. Body image. Personal satisfaction.

INTRODUÇÃO

A imagem corporal é a representação mental da percepção do próprio corpo que influencia, de maneira geral, o comportamento humano ao longo da vida¹. Dessa forma, entende-se que está permanentemente em estado de mudança². Por meio da imagem corporal, é possível reconhecer os segmentos corporais, ao mesmo tempo que podemos percebê-los conectados entre si, constituindo o corpo na sua totalidade.

A fisioterapia se beneficia da noção de imagem corporal na medida em que o movimento humano é um componente mediado por projeções mentais, no que diz respeito à dimensão da psicomotricidade. A interdependência dinâmica entre movimento e imagem corporal contribui com a elaboração de estratégias motoras. Portanto, seguindo esse pensamento, cada movimento, por mais exaustivamente repetido que possa parecer, sempre será único, dependente contextualmente de variáveis internas e externas.

Na rotina da vida diária, não realizamos percepções corporais a todo o momento, como se estivéssemos nos checando. Por outro lado, quando procedemos às percepções corporais detalhada e atentamente, verificamos facilmente que nosso corpo tende a diferir daquilo que imaginávamos a princípio. Nesse sentido, o fisioterapeuta propositalmente utiliza-se de exercícios de percepção corporal para facilitar o aprendizado de movimentos, porém sem muita preocupação com as possíveis limitações subjetivas que se costumam instalar historicamente na corporalidade das pessoas. A mobilização da cintura pélvica ou abertura dos membros inferiores em abdução de uma

pessoa idosa pode ser desafiante em decorrência de associações negativas com essa região do corpo.

Neste artigo, levantaram-se as seguintes hipóteses: primeiramente em virtude da predominância de fisioterapeutas do gênero feminino que os padrões de estética, beleza e saúde permeiam seus imaginários, tornando-se fatores de propensão para distúrbios da imagem corporal³⁻⁷ e, conseqüentemente, de percepção corporal; posteriormente que a graduação é uma fase importante para favorecer o autoconhecimento corporal, devido à aprendizagem estar mediada por experimentações de técnicas ou métodos de tratamento, como, por exemplo, a Reeducação Postural Global (RPG), o Bobath, as massagens e manipulações vertebrais etc. São técnicas que se bem encaminhadas deveriam favorecer o conhecimento de si, o que talvez facilitaria o acolhimento do outro na sua integralidade. Tornando as práticas menos fragmentadas, reducionistas e biologizantes.

Adianta-se que se tratou, neste artigo, imagem corporal e esquema corporal como termos equivalentes⁸. Assim, o objetivo foi verificar como se apresenta a satisfação com a imagem e peso corporal de estudantes de fisioterapia por meio da Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC)^{9,10}. Justifica-se este estudo pela importância da temática como estratégia de formação de fisioterapeutas, que, por abranger diferentes campos do conhecimento, evidencia-se pouco explorada no campo científico da fisioterapia, inclusive como recurso terapêutico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo fez parte de um trabalho de conclusão do curso de graduação em fisioterapia concluído em 2009. A coleta de dados aconteceu dentro das dependências da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO), mais especificamente nas salas de avaliação física da Clínica Escola de Fisioterapia e também no Laboratório de Atividades Práticas.

A amostra foi composta por 37 estudantes do gênero feminino, provenientes do curso de fisioterapia da UNICENTRO. As participantes pertenciam a uma das quatro séries do curso, o que serviu para definir os subgrupos da amostra. A aplicação da ESIC foi precedida pelo registro da idade, peso e altura, em que o tempo total despendido com esses procedimentos não ultrapassou os 15 minutos e foram executados sempre pelo mesmo pesquisador.

A ESIC contém 25 perguntas distribuídas em 2 fatores: a) Fator 1, denominado de *Satisfação com a própria aparência*, cuja pontuação varia de 18 a 90 pontos e contém 18 perguntas; b) Fator 2, chamado de *Preocupação com o peso*, no qual a pontuação varia de 7 a 35 pontos e possui 7 perguntas restantes. As 25 perguntas da ESIC foram respondidas por meio de uma escala de 5 pontos do tipo Likert, que vai de *discordo totalmente* até *concordo totalmente*.

A interpretação dos resultados da ESIC advém do somatório dos valores brutos das pontuações obtidas em cada fator. Quanto maior for a pontuação obtida na ESIC, mais positiva ou maior será a satisfação. Quando se verifica resultados negativos, estes deverão ser invertidos antes que se calcule o escore

total. Por conseguinte, entende-se que os resultados alcançados em cada fator são independentes, ou seja, são interpretados separadamente¹¹.

As pontuações da ESIC foram estatisticamente analisadas com o *software* Biostat 2008. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO e aprovada sob protocolo número 06938/2009.

RESULTADOS

O perfil antropométrico geral dos 37 sujeitos analisados apresentou as seguintes médias: 59.10 ± 7.11 Kg, 1.64 ± 0.04 m e 20.10 ± 1.43 anos. O comportamento das médias e desvios de cada variável pode ser visto separadamente na tabela 1, caracterizando sujeitos jovens e saudáveis, com estaturas e pesos medianos.

Tabela 1 – Médias e desvios padrões de idade, peso e altura por série

Série	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)
1 ^a	18,60 ± 1,07	58,30 ± 06,34	1,64 ± 0,05
2 ^a	19,40 ± 1,17	55,00 ± 05,69	1,66 ± 0,06
3 ^a	21,00 ± 2,61	66,12 ± 13,06	1,66 ± 0,08
4 ^a	21,55 ± 2,45	59,77 ± 11,38	1,62 ± 0,05

A tabela 2 contém a distribuição dos resultados brutos e suas respectivas médias e desvios padrões para o Fator 1 e Fator 2. A análise identificou que os valores médios mais altos, obtidos nos dois fatores da ESIC, indicativos de maiores níveis de satisfação com a imagem corporal e peso, pertenceram a 2^a série (Fator 1 = 56,79% e Fator 2 = 8,78%). Os resultados apontam ainda que a 4^a série ficou na segunda posição (Fator 1 = 54,49% e Fator 2 = 7,23%), seguida pela 3^a (Fator 1 = 49,38% e Fator 2 = 7%) e 1^a série (Fator 1 = 49,32% e Fator 2 = 9,34%), nessa ordem.

Tabela 2 – Distribuição das pontuações dos Fatores 1 e 2 por série na ESIC

Grupos	1 ^a		2 ^a		3 ^a		4 ^a	
	Fator 1	Fator 2	Fator 1	Fator 2	Fator 1	Fator 2	Fator 1	Fator 2
Dados Brutos	41	21	49	32	41	13	54	28
	33	18	51	13	61	35	42	9
	66	22	53	20	61	15	48	27
	59	22	70	28	62	14	68	18
	60	23	76	29	46	19	70	24
	70	31	71	32	60	20	77	32
	71	35	61	34	52	32	64	20
	54	20	63	11	56	12	55	8
	23	25	77	27			67	20
	71	29	60	25				
Média	54,8	24,6	63,1	25,1	54,87	20	60,55	20,66
DP	17	5,39	10,17	7,97	7,86	8,81	11,42	8,2

Nos testes estatísticos, a normalidade da distribuição foi testada por meio do Kolmogorov-Smirnov ($p \leq 0,05$) para os Fatores 1 e 2 em cada série, constatando-se distribuição anormal: 1^a série ($p = 0,9953$ e $p = 0,4306$); 2^a série ($p = 0,8391$ e $p = 0,8697$); 3^a série ($p = 0,9482$ e $p = 0,1486$) e 4^a série ($p = 0,9271$ e $p = 0,9271$).

Já na comparação estatística, somente entre os Fatores 1 de cada série e, posteriormente, somente entre os Fatores 2, o teste de Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$) evidenciou Fator 1 ($p = 0,4391$) e Fator 2 ($p = 0,3433$), ou seja, não existe diferença estatisticamente significativa entre as séries quando se comparam os Fatores 1 e Fatores 2 entre elas. Já para a correlação entre o Fator 1 e 2 de cada série, foi utilizado o Coeficiente de Spearman ($p \leq 0,05$), que encontrou valor significativo somente na 1^a série ($p = 0,0275$), apontando a existência de associação entre satisfação com a imagem e satisfação com o peso corporal. Os resultados da 2^a, 3^a e 4^a séries foram, respectivamente, $p = 0,6383$; $p = 0,6915$ e $p = 0,4175$.

DISCUSSÃO

Penna¹², considerando as contribuições de Schilder⁸, realizou uma revisão da literatura sobre o tema da imagem corporal. O autor¹² escreveu que as experiências corporais são basicamente calcadas em impressões visuais, táteis e cinestésicas, que influenciam o mover-se, que por sua vez é interpretado e mediado pelas dimensões psicológicas, sociais e culturais.

Lourenção Van Kolck¹³ acrescenta que a imagem corporal e o conceito de si mesmo tendem à equivalência, pois os sentimentos a respeito do próprio corpo são

proporcionais aos sentimentos que o indivíduo expressa sobre seu próprio eu. Turtelli, Tavares e Duarte¹⁴ escrevem que quando se direciona o olhar para o movimento perspectivado pela imagem corporal, então se compreende o complexo de relações e experiências que o subsidiam.

Dessa forma, a noção de imagem corporal favorece a reflexão sobre a prática biomédica na fisioterapia, impulsionando-nos para a mudança do modelo de atenção, subsidiando melhor as técnicas pelo resgate da centralidade da pessoa não mais como simples objeto de perscrutação. Atualmente, o foco na doença impulsiona as descontinuidades, reforçando as compartimentalizações de si, denunciando que nem todos os indivíduos possuem uma estruturação saudável da imagem corporal^{15,16}.

Luo, Parish e Laumann¹⁷, comparando também homens e mulheres chineses provenientes de áreas urbanas, com idades entre 20 e 45 anos, concluíram que são as mulheres jovens e solteiras que se preocupam mais com o peso e, conseqüentemente, com a imagem corporal. Pressupõe-se, então, que nossa amostra, constituída também de mulheres jovens, urbanas e solteiras, esteja sob influência das mesmas preocupações.

Assim, Jones, Fries e Danish¹⁸ complementam os achados de Luo, Parish e Laumann¹⁷, trazendo informações sobre as diferenças étnicas na avaliação da satisfação com a imagem corporal. De uma amostra de 384 sujeitos avaliados¹⁸, sendo 57% afro-americanos e 43% caucasianos, constatou-se maior insatisfação entre as mulheres caucasianas. Kakeshita e Almeida¹⁹ reforçam ainda que as mulheres são mais suscetíveis a alterações da imagem corporal comparativamente aos homens, quando pesquisaram a correlação entre o índice de massa

corporal (IMC) com a autopercepção da imagem corporal de universitários. As mulheres superestimaram seu tamanho corporal e desejavam ser mais magras¹⁹, concordando com Moreira et al.²⁰, que afirmaram que mulheres jovens têm como desejo um corpo mais magro.

Bosi et al.¹ constataram alterações, que variavam de grau grave a moderado, na imagem corporal de estudantes de nutrição. Mostraram-se preocupados com os resultados, porque eram futuras profissionais de saúde apresentando problemas que fazem parte dos distúrbios que tratariam quando formadas¹. No âmbito da fisioterapia, Gonzalez²¹, pesquisando a relação entre simetria e percepção corporal de estudantes, escreveu que a funcionalidade adequada dos sentidos não assegura uma percepção corporal normal.

Nosso estudo reflete exatamente a mesma preocupação de Bosi et al.¹ e a inquietação de Gonzalez²¹, porque apesar da formação em fisioterapia voltar-se para o corpo, ainda pouco se trabalha ou se valoriza o autoconhecimento corporal enquanto parte de processo de aprendizado da profissão. O que configura um problema complexo, porque cobramos *feedbacks* de procedimentos e orientamos exercícios que talvez nunca experimentamos. Na eletroterapia, por exemplo, dizer para o paciente que ele perceberá determinada sensação pode configurar-se uma ação mecânica, talvez meramente teórica, porque sabemos que poucos estudantes sentem efetivamente os efeitos dos aparelhos.

Portanto, mesmo aqueles que lidam com atividades físicas, como é o caso dos fisioterapeutas, podem se mostrar insatisfeitos com a imagem corporal. Oliveira et al.²² também confirmam esse fato mostrando que mulheres que frequentavam academias

apresentaram subestimação do peso e superestimação da estatura. Tessmer et al.²³, trabalhando com o mesmo tipo de população, identificaram uma prevalência de 48,3% de insatisfeitos de uma amostra de 315 sujeitos. O IMC esteve diretamente associado à insatisfação com o corpo, sendo que obesos apresentaram risco 2,3 vezes maior de insatisfação.

Saur e Pasian²⁴ investigaram a satisfação com a imagem e peso corporal e a possível influência do gênero e da idade em indivíduos com pesos diferentes. Utilizaram especificamente a ESIC para avaliaram 120 voluntários, entre 18 e 55 anos de idade, de ambos os sexos, que foram subdivididos em função dos seus IMC. Diferentemente dos estudos já apresentados neste artigo, os resultados deles não indicaram associação entre satisfação com a imagem corporal, gênero e idade. Contudo, os que apresentavam peso normal ou abaixo tinham níveis de satisfação maiores comparados com os grupos com sobrepeso ou acima do peso²⁴, concordando com os achados de Tessmer et al.²³. Portanto, excetuando-se a 1ª série ($p = 0,0275$), apesar da tendência de associação de peso normal ou baixo com satisfação²⁴, também não encontramos correlação entre satisfação com a imagem corporal (Fator 1) e o peso corporal (Fator 2), conseqüentemente, as insatisfações tendem a não possuir relações diretas.

Diante do exposto, fica clara a relevância das escalas e testes para a avaliação da imagem corporal e das satisfações. Contudo, decerta forma, ficou evidente a presença de divergências de resultados para pesquisas semelhantes nesta discussão. Ferreira e Leite¹⁰, por exemplo, avaliaram mulheres obesas e não obesas e mostraram que ambos os grupos estavam satisfeitos, então é preciso cautela na caracterização dos

resultados com suas generalizações.

Para finalizar, Conti, Frutuoso e Gambardella²⁵ sugerem que em uma mesma sociedade coexistem modos em que aparência é definida para homens e mulheres, relativizando, dessa forma, a noção de imagem corporal, o que acaba por possibilitar simultaneamente a ampliação do conceito de saúde na fisioterapia, pela compreensão do movimento como desdobramento da imagem corporal, na perspectiva da integralidade da saúde.

Devido aos valores da ESIC deste artigo não indicarem linearidade com a satisfação por meio de séries, entende-se que não se pode afirmar que seja falha na formação, já que coexistem outras variáveis. No entanto, um trabalho mais aprofundado voltado para o autoconhecimento corporal pode incrementar a terapêutica, porque conhecendo um pouco melhor os próprios limites corporais tornaria mais fácil compreender as barreiras objetivas (capacidades funcionais) e subjetivas (a expressão da corporalidade) das pessoas em reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a ESIC, verificou-se, nesta seqüência, maior nível de satisfação na 2ª série, seguida pela 4ª, 3ª e 1ª séries. Contudo, somente na 1ª série houve correlação estatisticamente significativa entre o Fator 1 e 2. A pesquisa esperava que conforme se progredia na graduação, experimentando-se mais técnicas corporais, pudesse haver uma linearidade crescente das satisfações. Tendo-se em vista a predominância do paradigma biomédico na área da saúde, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o corpo e a corporalidade do fisioterapeuta.

REFERÊNCIAS

1. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006; 55 (2): 108-113.
2. Mello M, Marques AP. A imagem corporal representada pelos fibromiálgicos: um estudo preliminar. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo.* 1995; 2 (2): 87-93.
3. Pracidelli F, Izzo H, Aranha VC. A Imagem corporal dos idosos internados na enfermaria do serviço de geriatria do ICHC -FMUSP - Uma visão fisioterápica e psicológica. São Paulo; 2001.
4. Almeida GAN, Santos JE, Passian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo.* 2005; 10(1): 27-35.
5. Oliveira FP, Bosi MLM, Vigário PS, Vieira RS. Eating behavior and body image in athletes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.* 2003; 9(6): 357-64.
6. Cordás TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. *Psiquiatria Biológica.* 1994; 2(1): 17-21.
7. Ginis KAM, Prapavessis H, Haase AM. The effects of physique-salient and physique non-salient exercise videos on women's body image, self-presentational concerns, and exercise motivation. *Body Image.* 2008; 5: 164-172.
8. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
9. Leite NGM. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas e não obesas. 1999. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social]. Universidade Gama Filho, Rio Janeiro, 1999.
10. Ferreira MC, Leite NGM. Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação psicológica.* 2002; 2: 141-149.
11. Saur AM. Imagem corporal: auto-satisfação e representação psíquica em desenhos da figura humana. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
12. Penna L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. *Psicologia-USP.* 2009; 1 (2): 167-174.
13. Lourenção Van Kolck OL. Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1984, 101p.
14. Turtelli LS, Tavares MCGCF, Duarte E. Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. *Rev. Bras. Cienc Esporte.* 2002; 24 (1): 151-166.
15. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2002; 14(02): 283-292.
16. Oliveira W. A Proposta de Avaliação dos Distúrbios da Imagem e Esquema Corporal em Pacientes Hemiplégicos da Clínica de Fisioterapia da UNIPAR e do Lar São Vicente de Paulo. *Arq de Ciênc da saúde da UNIPAR.* 2003; 3(7): 219- 223.
17. Luo Y, Parish WL, Laumann EO. A population-based study of body image concerns among urban Chinese adults. *Body Image.* 2005; 2: 333-345.
18. Jones LSR, Fries E, Danish SJ. Gender and ethnic differences in body image and opposite sex figure preferences of rural adolescents. *Body Image.* 2007; 4: 103-108.
19. Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre o índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40(3), 497-504.
20. Moreira LAC, Azevedo ABG, Queiroz D, Moura L, Santo DE, Cruz R, et al. Imagem corporal em uma amostra de estudantes de medicina em Salvador, Bahia, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2005; 54(4): 294-297.
21. Gonzalez TC. Avaliação da percepção corporal através da correlação de uma avaliação postural e o teste de Askevold. [Monografia] (Graduação em Fisioterapia), 2005. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel.
22. Oliveira AGP, Oliveira TP, Ferreira MEC, Lima JRP. Diferença entre peso e estatura auto-referidos e aferidos para o cálculo do índice de massa corporal e sua relação com a imagem corporal de mulheres de academia de ginástica. *HU Revista.* 2008; 34 (3): 179-183.
23. Tessmer CS, Silva MC, Pinho MN, Gazalle FK, Fassa AG. Insatisfação corporal em frequentadores de academia. *Rev Bras Ci e Mov.* 2006; 14 (1): 7-12.
24. Saur AM, Pasian SR. Satisfaction with body image in adults of different body weights. *Aval. psicol.* 2008; 7 (2): 199-209.
25. Conti MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição, Campinas.* 2005; v. 18, n. 4.

A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO ACOLHIMENTO E CUIDADO AOS MORADORES DE RUA: UMA REVISÃO NA LITERATURA

TRAINING OF HEALTH WORKERS IN THE CARE AND EMBRACEMENT OF HOMELESS PEOPLE: A REVIEW OF THE LITERATURE

Cristiane Alves Montenegro

Pedagoga especialista em Educação Especial.
Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (Educa Saúde),
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Maria Luiza Ferreira De Barba

Mestra em Saúde Coletiva.

Lisiane Bôer Possa

Doutora em Sociologia. Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Contato

Cristiane Alves Montenegro

Endereço: Rua São Manoel, 498 – 2º andar
Bairro: Santa Cecília
Porto Alegre/RS
CEP: 90620-110
E-mail: crismontenegro9@gmail.com

RESUMO

O cuidado e acolhimento aos moradores de rua sempre foi um nó crítico nas políticas públicas, e a formação de profissionais para atuar com essa população tornou-se um grande desafio. Trazer para realidade cotidiana dos profissionais, usuários e gestores a formação dos trabalhadores e o acolhimento a essa população tornou-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado e ofertado ao morador de rua. A mudança na formação acadêmica de

estudantes e professores do campo da saúde também tem se mostrado necessária. Realizou-se uma revisão de literatura, pretendendo uma breve recuperação dos marcos históricos das propostas de educação e das políticas públicas da saúde para profissionais do Sistema Único de Saúde, em especial no que se refere aos moradores de rua, e algumas experiências relatadas. Dessa forma, apontamos a necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde das necessidades e cultura dessa população. Essas considerações devem provocar mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis e complexas, envolvendo conceitos, cultura e estigmas conflituosos do ser humano. Para construir práticas de trabalho considerando a perspectiva popular, é necessário o diálogo entre os sujeitos, a escuta, o coletivo e, acima de tudo, que reconheçam, respeitem e valorizem as diversidades humana.

Palavras-chave: Morador de rua. Educação Permanente em Saúde. Formação profissional.

ABSTRACT

The care and embracement of homeless people has always been a critical node in public policies and training professionals to work with this population has become a major challenge. Bringing to the everyday reality of professionals, users and managers the training of workers and the embracement for this population has become fundamental to solving the problems encountered in health care and to the qualifications of the care provided and offered to the homeless. The change in the academic

education of students and teachers in the field of health has also proved to be necessary. We conducted a literature review, intending a brief recovery of the landmarks of proposals for education and of public health policies for professionals of the Unified Health System (SUS), in particular regarding the homeless, and some experiments reported. Thus, we point out the need to approximate the training of health professionals and the needs and culture of this population. These considerations should lead to institutional, professional and personal change both difficult and complex, involving conflicting concepts, culture and stigmas of the human being. In order to build working practices considering the popular perspective, it is necessary to have dialogue between subjects, listening, collectivity and, above all, to recognize, respect and value the human diversities.

Key-words: Homeless People. Ongoing Health Education. Professional Training.

INTRODUÇÃO

Conciliar práticas pedagógicas com os serviços de saúde é um grande e necessário desafio para que se alcance qualidade nos serviços públicos de saúde e, principalmente, na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando não apenas a assistência, mas envolvendo o acolhimento e o cuidado. No Brasil, a Política Nacional para Inclusão Social das Populações em Situação de Rua é recente, tendo sido aprovada em 2008, embora o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (2006) já contemplasse

esse segmento nos programas e serviços contidos na Proteção Especial de média e alta complexidade.

Em 2012, o SUS lançou o Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua, apresentando as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do SUS. O objetivo do decreto é garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde, visando à melhoria do nível de saúde dessa população por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, idade, etnia, orientação religiosa e orientação sexual.

Esse contexto demanda a implicação dos serviços e trabalhadores para a sua implementação, sendo uma política recente, e que coloca o desafio de questionar sobre os processos de formação das equipes para responder às necessidades e especificidades de cuidado requeridas por essa população. Dessa forma, o presente estudo buscou descrever e analisar as propostas de formação dos trabalhadores da saúde existentes nas políticas públicas e na literatura, no que se refere ao acolhimento e cuidado aos moradores de rua nas suas necessidades em saúde.

Perspectiva histórica das políticas para população em situação de rua

Nas décadas de 1970-80, um marco importante da luta pelo direito à saúde da população de rua foi a implementação das casas de assistência aos moradores de rua pela Pastoral do Povo da Rua, promovida pela Igreja Católica do município de São Paulo e Belo Horizonte. Em 1993, por meio do *Programa de População*

em Situação de Rua, foi realizado o Fórum da População em Situação de Rua e, a partir das constatações desse fórum, foram criadas as Equipe Saúde da Família para população de rua no programa *A Gente na Rua*. Nesse contexto de lutas, o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua garantiu a visibilidade do tema nas agendas públicas e possibilitou uma maior mobilização dessa população pelo acesso à moradia, saúde e assistência social.

Outro marco importante que simbolizou a luta da população em situação de rua foi o *Grito dos Excluídos*, em 1995, que mobilizou indivíduos, organizações e movimentos sociais com o objetivo de dar visibilidade aos direitos e necessidades da população que tinha as ruas como seu espaço de moradia e sobrevivência. Dessa forma, a construção de políticas públicas para essa população iniciou-se no Brasil com um marco histórico de intersetorialidade. Na Carta Magna, a população de rua teria, como parte integrante da população brasileira, direitos sociais a serem garantidos pelo Poder Público, por meio de políticas públicas gerais destinadas à população como um todo.

Devido ao assassinato de um morador de rua na cidade de São Paulo, diversos movimentos sociais e organizações da sociedade civil expressaram a necessidade de se organizarem em um movimento social ampliado, reivindicando a participação, enquanto controle social, na política pública de assistência social e, especialmente, na elaboração de uma proposta de política nacional para população de rua. Em cidades como Belo Horizonte, Porto Alegre e Rio de Janeiro, setores da sociedade civil também passaram a se articular em torno da defesa dos direitos das pessoas em situação de rua.

Em 2010, foi incluído no cadastro único para Programas Sociais do Governo Federal o cadastro de pessoas em situação de rua, impulsionado com o lançamento do Plano Brasil sem Miséria, que teve entre suas prioridades a atenção às pessoas em situação de rua. Essa trajetória retirou a população em situação de rua da invisibilidade, reconhecendo que se trata de um compromisso de Estado garantir a esses brasileiros seus direitos. No entanto, as políticas de segurança pública dirigidas a esse público ainda estão voltadas para a criminalização de seus comportamentos, ao invés de sua proteção.

Nesse contexto, o principal objetivo para área da saúde são os Consultórios na Rua, que deveriam funcionar com uma abordagem de redução de danos e de prevenção do consumo e dependência provocados pelo uso de crack, álcool e outras drogas. O primeiro Consultório na Rua surgiu em 1999, em Salvador, como projeto-piloto. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde propõe que o Consultório na Rua se torne uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, e em 2010, é incluído no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido, por intermédio de ações de saúde na rua. No ano seguinte, o Ministério da Saúde adotou o Consultório na Rua como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família.-

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que as equipes de Consultório na Rua devem realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em

instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das UBS do território onde estão atuando. Além disso, devem estar articuladas com os demais serviços de atenção à saúde e assistência social. A Política define também que a carga horária dos profissionais da equipe deve ser adequada às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

Ao longo da última década, a política social passou por importantes transformações que levaram à adoção de novos desenhos e estratégias, à ampliação do leque de programas e também ao aumento do volume total de recursos destinados ao combate à pobreza e de atuação na população em situação de rua. No ano de 2014, o país contou com uma grande variedade de programas sociais modernos e descentralizados, que pressupõe para a sua implementação a transformação nas práticas e organização dos serviços, sendo a formação dos trabalhadores de saúde evidenciada como uma necessidade para que essas políticas estejam no cotidiano.

A formação dos profissionais da área da saúde

A formação e a sensibilização dos profissionais da saúde, em relação ao atendimento humanizado da população em situação de rua, é um dos grandes desafios a serem enfrentados, visto que não se pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. É necessário desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das populações, da gestão

setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado¹.

Segundo Ceccim e Feuerwerker¹, a formação para área de saúde deveria ter como objetivos a transformação de práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A humanização e o cuidado em saúde incluem a compreensão e reflexão sobre as necessidades de saúde e sobre as formas ampliadas de intervir sobre estas. Tal compreensão associa-se diretamente ao conceito ampliado de saúde, em que a situação socioeconômica, as identidades de gênero, etnia ou raça condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada indivíduo. Humanizar a assistência significa o compromisso em acolher as demandas dos usuários construindo vínculos e processos de autonomia e responsabilização.

No ano de 2001, o conceito de Educação Permanente figurou, pela primeira vez, nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. De acordo Ceccim e Feuerwerker¹, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas “reais” de profissionais “reais” em ação na rede de serviços. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho — em cada serviço de saúde — que

são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento de capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; e melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde. Para Merhy², não se pode admitir ou propor a captura do trabalho em saúde pela lógica dos saberes e práticas expressos nos equipamentos e técnicas estruturados. Podemos dizer que o objetivo da saúde não é objetivável, que não pode ser reificado. Para o autor, as tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação, estando além de práticas e saberes tecnológicos e estruturados.

Em todos esses âmbitos, devem ser trabalhados elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” uma diretriz constitucional com forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde das pessoas, que envolve a compreensão da noção de clínica ampliada, o conhecimento sobre realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. Esses elementos essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde abrangem o acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção².

Além disso, a integralidade pode ser entendida como um valor que deve nortear as ações de saúde. Está relacionada com o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cura, bem como com a consideração do indivíduo para o qual se destinam aquelas ações, como um sujeito em seu contexto socioeconômico e cultural em que suas demandas de saúde ganham significados. Tomando por base esse princípio, a atenção em saúde só pode ocorrer por meio de relações de cuidado².

Segundo Ceccim e Feuerwerker¹, a imagem do Quadrilátero da Formação para área da saúde — ensino, gestão setorial, práticas de atenção, controle social — propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismo; e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções. No quadrilátero, estão aspectos éticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentes reavaliados e contextualizados. Entre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde, estão os componentes do Quadrilátero da Formação: a análise de educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise de gestão setorial; análise de organização social.

Merhy² questiona a capacidade de uma pedagogia se comprometer com a construção da vida e sua defesa individual e coletiva, sem a ampliação de cada trabalhador, com seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe. Acolher se transforma em

ferramenta e atua sobre a escuta, não mais seletiva e classificatória, mas no que opera no ato do encontro, no entre, podendo agir na direção de um escutar incluindo, com um ir ao ato da escuta. O acolhimento como processo de encontro intercessor passa a ser o local de troca entre o estado de coisas e aquilo de que temos dúvidas, pelo acontecimento micropolítico que aí age.

Assim, viver o conceito passa a se revelar como um problema do experimentar, dos e nos acontecimentos vividos, aquilo que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. O reconhecimento e a valorização da dimensão dialógica nos atos de cuidar significam a abertura a um interesse em “ouvir o outro” rompendo como o monólogo característico de tecnociência. Poder ouvir e fazer-se ouvir são a essência de um diálogo que quer alcançar o cuidado em saúde³.

De acordo com Merhy e Franco⁴, o trabalho em equipe também pode ser associado à construção de redes nos serviços e no Sistema de Saúde como um todo. A ideia é que as relações entre os profissionais sejam horizontais e formem redes de trabalho em equipe, tendo como centro da produção do cuidado o usuário, fugindo de uma organização da assistência rígida, normatizada, burocratizada e fragmentada. As redes simbolizam as comunicações entre todos os atores envolvidos no cuidado em saúde e são expressas pelas relações de acolhimento, vínculo, trabalho em equipe e corresponsabilizações.

As reflexões sobre o processo de acolhimento permitem a construção de relações mais humanizadas e horizontais, em que o usuário não é visto como um objeto, mas sim como um sujeito que detém conhecimentos sobre seu processo de saúde/doença e pode/deve participar da resolução

e compreensão de seu problema⁵. Com base na responsabilização e na resolutividade, implica o trabalho conjunto e integrado de toda rede de saúde.

Conforme Abrahão e Merhy⁶, para obter o acolhimento, divide-se em três tipos de caixa de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, outra aos saberes e outra às relações entre trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos. Não são poucos os indicadores já propostos para avaliar acesso, porém todos apresentam a marca do acesso como uma barreira, um fenômeno quase material e físico de alguém, “de fora” de um certo cuidado/serviço, conseguir ou não entrar para dentro dele, seja um estabelecimento específico, como um CAPS, seja uma modalidade de cuidado, como a internação ou uma oficina terapêutica.

No campo do cuidado, a afetação mútua acontece quando trabalhadores e usuários se abrem para o encontro, reconhecendo mutuamente como legítimos seus respectivos saberes e expectativas, negociando e construindo de modo compartilhado os projetos de cuidado, que estão sempre em disputa. Essa é uma condição indispensável para que os trabalhadores produzam o cuidado de si mesmos, no cuidar dos outros, e coloquem em análise as suas implicações com a produção da vida, nessa situação.

MÉTODO

Neste estudo, foi realizada a revisão narrativa da literatura, e o tema proposto refere-se à formação dos

trabalhadores da saúde no acolhimento e cuidado aos moradores de rua. Foram utilizadas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que concentram e focalizam informações nacionais e internacionais sobre o tema, registradas na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bem como as políticas e normativas governamentais sobre a temática. Utilizou-se toda a literatura disponível relacionada ao tema, que respondeu à questão do estudo, como artigos, teses e dissertações, monografias, relatórios, textos de órgãos governamentais, documentários. Os descritores utilizados foram “saúde do morador de rua”, “saúde da população em situação de rua” e “consultório na rua”. Os critérios de inclusão foram textos completos disponíveis e de livre acesso on-line, idioma português, ano de publicação no período de 2004 a 2014. A análise de dados foi realizada a partir da leitura do material coletado, identificando-se as principais reflexões e discussões (ANEXO 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 84 estudos com os descritores “saúde do morador de rua”, “saúde da população em situação de rua” e “consultório na rua”. Desses, 19 responderam aos critérios de inclusão, sendo 4 com o descritor “saúde do morador de rua”, 13 com “saúde da população em situação de rua” e 2 com “consultório na rua”. A análise dos dados foi fundamentada nos procedimentos da análise narrativa,

identificando-se três categorias: acesso, cuidado e formação. Ressalta-se que este estudo não pretende educar e/ou formar os profissionais de saúde, mas sim descrever sobre as práticas pedagógicas em Educação Permanente de Saúde para essa categoria, no que tange ao cuidado e acesso da população em Situação de Rua.

No que se refere ao acesso dos moradores de rua, sete textos relatam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde: as poucas ofertas destes em algumas localidades; e o despreparo das equipes de saúde, assim como o medo e a vergonha dos usuários. Ressalta-se também que quatro estudos relatam a precariedade de recursos humanos e financeiro para atender a demanda. Porém, conforme levantado em cinco textos, em algumas portas de entradas, como hospitais, emergências e pronto atendimentos, torna-se mais fácil o acesso, inibindo a vergonha e o medo, dando lugar a sua necessidade imediata. Ressalta-se que três relatos se referem de alguma forma aos consultórios de rua, como sendo os serviços de maior procura, visto que, uma vez que ocorre o primeiro atendimento, seja voluntário ou por abordagem da equipe, ele tem acesso aos serviços de saúde, como CAPS/AD e até internações hospitalares. Outro ponto abordado em cinco textos é a burocracia por conta da falta de documentos, comprovante de residência e comprovante de renda, os quais a maioria dos moradores de rua não possui.

No que tange ao cuidado, quatro trabalhos abordam o cuidado a moradores de rua com algumas restrições, na forma de reinserção/reabilitação, ou para desintoxicação química. Em outros quatro textos, o álcool e outras drogas reportaram a um estigma de discriminação e exclusão

no acesso e cuidados necessários. Ademais, seis produções também trazem para análise a exclusão e o preconceito, criando muitas vezes um “pré-conceito” de que todo morador de rua é “mendigo, drogado, alcoólatra e marginal”, sendo que, constantemente, isso acaba resultando em exclusão, abandono e desleixo nas práticas de cuidado. Essa questão é levantada como despreparo e desconhecimento cultural, acarretando um atendimento, quando realizado, centrado na cura e medicalização. Outro ponto levantado em três textos é sobre as questões de higiene, fator esse que causa repulsa, ocasionando novamente um preconceito no cuidado.

Na análise das propostas pedagógicas de formação dos trabalhadores, cinco textos apresentam a necessidade de qualificação e capacitação mais voltada aos critérios de atendimento e cuidado específicos para a moradores de rua. Destaca-se que quatro estudos levantam a questão da educação permanente como principal prática, apesar de, em muitos dos serviços, ser pouco realizada. Já outros oito textos trazem para a análise a necessidade de reformulação nas matrizes curriculares dos profissionais de saúde, uma vez que não tratam das especificidades sobre a população em situação de rua.

Finalizando esta análise, o processo de trabalho também é levantado como uma necessidade de organização e formação continuada. São evidenciadas as questões de humanização no sistema, as insuficiências do acolhimento e do cuidado a moradores de rua, sendo incomum que os trabalhadores se preocupam e acolham essa população sem questionar. Também se pode perceber em alguns textos que muitos locais já vêm incluindo em suas rotinas

de trabalho a formação voltada para cultura e para o cuidado intensivo às necessidades dessa população, não apenas no que tange à assistência, mas também ao acolhimento e cuidado, adequando a equipe para que esse acolhimento possa atender de forma humanizada, fortalecendo o vínculo de confiança e diminuindo a rejeição. A formação continuada é a forma mais utilizada em equipes de saúde, sendo a fonte de aperfeiçoamento, e na sua maioria, cursos fornecidos pelos próprios estabelecimentos de trabalho, como forma de qualificar a equipe. No entanto, são as experiências de EP, nos agenciamentos que ocorrem no encontro com o outro, que possuem o maior potencial de formação de profissionais para que promovam um cuidado integral e igualitário.

Os serviços em que o cuidado com a população de rua realmente ocorre utilizam uma abordagem que vai além da questão do uso de álcool, drogas ou as urgências/emergências. Ofertam serviços em que o usuário pode contar com apoio e assistência, vinculados a continuidade ao seu tratamento e, em alguns casos, até à reinserção familiar e no mercado de trabalho. Exemplo disso é a baixa autoestima dessa população, que muitas vezes não consegue a reinserção social, por apresentar problemas bucais graves, visuais, diabetes, entre outros, condições essas que os excluem de um mercado de trabalho competitivo e de uma sociedade segmentada. Sendo assim, quando os serviços são compartilhados entre educação, saúde e serviço social, a condição de qualidade de vida dessa população aumenta, o que não significa que ela irá sair das ruas, pois como já citado, em alguns casos, é uma questão de liberdade de escolha, porém não justifica a restrição de acesso ou exclusão do sistema de saúde.

Plano Pedagógico para a Formação e o Cuidado

Os exemplos de Consultório na Rua que constam na literatura são poucos, mas de grande importância, apesar de a maioria estar voltada apenas para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas. A formação recebida pelos trabalhadores que atuam nesses serviços deve, a princípio, considerar a cultura e o contexto em que esses usuários estão inseridos, buscando promover um acolhimento diferenciado, respeitando a especificidade de cada indivíduo, principalmente no que se refere à continuidade dos tratamentos. Dessa forma, um dos “grandes nós críticos” nos serviços de saúde é a formação dos profissionais e as apostas em um acolhimento qualificado.

No que tange à proposta pedagógica de formação dos trabalhadores, pouco está descrito na literatura. Apesar da inclusão na Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 – PNAB, as equipes da atenção básica não são suficientes e também não são formadas para atender às demandas que essa população busca nos serviços. Trata-se, sobretudo, de reconstruir a percepção sobre esses indivíduos, de mendigos a portadores de direitos. Além disso, é necessário qualificar o acesso, reavaliando as exigências de cadastramento, acolhendo sugestões e propostas, e possibilitando sua participação em reuniões e rodas de conversa. Nesse sentido, faz-se necessária uma formação que possibilite ao trabalhador interagir mais no contexto dessa população, sendo mais acolhedor às suas peculiaridades, sem invadir sua intimidade e escutando-o de forma qualificada.

Sabemos que, com a demanda existente por serviços de saúde e os poucos recursos que o sistema dispõe, tais propostas voltam-se —

quase exclusivamente — para cada profissional e sua capacidade de produzir mudanças em seu cotidiano de trabalho, promovendo a Educação Permanente em Saúde. Podemos sugerir, por exemplo, a realização de campanhas que possibilitem mostrar, não só para os trabalhadores, mas também para comunidade, a importância do “morador de rua” no seu território. Também é possível realizar atividades culturais, como peças de teatro, sessões de cinema, atividades que podem ser desenvolvidas na comunidade e com o apoio dela, problematizando o acolhimento nos serviços de saúde. Todavia, é preciso atentar-se para que a abordagem não seja excludente, mostrando um estado de miséria, fome e sujeira, mas sim acolhedora, orientando para a assistência que necessitam.

Tratando-se do tema da assistência, podemos falar sobre o cuidado com a autoestima dessa população. Esta abordagem pode auxiliar em outras formas de cuidado, produzindo cenários de troca entre o usuário e o trabalhador, como no simples ato de cortar o cabelo, ou fazer as unhas, no qual podem ser inseridos temas, como educação sexual, planejamento familiar e/ou encaminhamento para exames rotineiros. No entanto, para que isso seja possível, os trabalhadores devem assumir a postura de um cuidado ampliado, não restringindo o acesso com medidas burocráticas.

Assim, o acolhimento pode se tornar uma experiência inusitada, promovendo a descoberta pelo trabalhador de um indivíduo com inúmeras habilidades, até então desconhecidas, e, muitas vezes, pouco aproveitadas. Temas como equidade, universalidade e qualidade devem fazer parte efetiva da formação e do atendimento, seja ela para população em situação de rua ou para qualquer

outro usuário do sistema. Dessa forma, nesses agenciamentos, surgem novos saberes e formas de pensar e fazer saúde, qualificando o cuidado e a formação dos profissionais.

Podemos dizer que estar em situação de rua muitas vezes não significa e nem justifica certos estigmas, assim como não justifica a falta de assistência que essa população tem que enfrentar. Para que essa situação possa ser solucionada, ou pelo menos amenizada, há uma aposta na educação permanente nos serviços de saúde, a qual mobilize todos os profissionais, sejam os da saúde ou de outros setores, como administrativos, segurança e os chamados serviços terceirizados que o sistema oferece.

Para que isso seja possível, é necessário introduzir esses conceitos na própria formação acadêmica e ter continuidade quando da sua execução, ou seja, quando se faz parte de uma equipe. Nesse sentido, devem ser criados dentro dos serviços espaços para debate, em que sejam compartilhadas dificuldades, necessidades, propriedades e até sugestões entre as diversas áreas.

Segundo Merhy³, a melhor tecnologia de cuidado é o diálogo compartilhado entre os trabalhadores, pois esse não é produzido individualmente, e sim no coletivo, a partir da relação com o usuário e com outros profissionais, não apenas da saúde. Não podemos esquecer também que a formação é coletiva e deve incluir tanto usuários como equipes de trabalho, considerando-se o trabalho vivo em ato. Ainda de acordo com o autor, o trabalho e a educação em saúde são como uma dobra, os dois lados da mesma moeda: eles se produzem e acontecem mutuamente.

Por conseguinte, pensar o acolhimento à população em situação

de rua sem conectividade em rede é impossível, ela requer muita flexibilidade, pois o cotidiano dos processos de trabalho precisa reconhecer como legítimas as escolhas que essa população faz, mesmo que não estejam de acordo com as regras ou com as decisões técnicas dos profissionais. Assim, é necessário haver conversas frequentes entre trabalhadores dos diferentes serviços, para que os ajustes e combinações possam ser feitos de forma coletiva.

Em alguns desses cenários de atuação profissional, surgem tensões entre a clínica e o cuidado, os desejos e os saberes, as quais estão inseridas nos processos de trabalho e que se expressam na disputa dos planos de cuidado entre profissionais da saúde e os usuários dos serviços. O cuidado requerido pela população em situação de rua por vezes gera tais tensões devido ao despreparo dos trabalhadores que devem lidar com ele e também por frequentemente serem movidos por uma lógica corporativa (que também está presente como plano de constituição dos trabalhadores) que visa faltar os usuários de acordo com o núcleo de saberes de cada profissão⁷. Consoante Carvalho⁸, devemos estar atentos ao papel dessas tensões, qualificando o processo de trabalho; acolher essas tensões constitutivas pode ser uma fonte essencial de energia para produzir educação permanente, construindo novos significados cotidianos dos jeitos de ser e de produzir saúde dentro da equipe e para os usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação popular como estratégia

Lidar com seres humanos na perspectiva popular, que é o caso de morador de rua, nos remete, de acordo com Galeano⁹, a pensar que toda ação tem uma dimensão educativa e pedagógica. Quando estamos em um universo em que as pessoas utilizam de métodos de comunicação como corpo e fala, não nos damos conta de que a cada instante estamos aprendendo, mesmo que já saibamos fazer algo. Sempre existirá maneiras diferentes de se fazer, isso não é diferente com a saúde-educação e processos de trabalho. A Educação popular caracteriza-se justamente pelo diálogo entre os grupos sociais, os quais criam e recriam uma cultura diferente de treinamento ou simplesmente transmissões de informações.

Segundo Linhares¹⁰, a educação popular tem a ver com a cultura às fontes da vida e da morte, criação de laços solidários e comprometidos com a libertação. Dessa forma, estar inserido no território e vivenciar o cotidiano de um morador de rua qualifica os debates acerca do cuidado e possibilita a compreensão do conceito de liberdade que muitas vezes afasta essa população da procura por atendimento.

Já para Vasconcelos¹¹, a educação popular oferece um instrumental para o desenvolvimento de novas relações “através da ênfase ao diálogo, a valorização do saber popular e a busca de inserção na dinâmica local”, tendo a identidade cultural como base do processo educativo e compreendendo que o respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. Quando o trabalhador traz para

o seu contexto a realidade em que um morador de rua vive, consegue, ao mesmo tempo que acolhe, definir um cuidado continuado dentro da realidade que esse vive.

Finalizando, sabemos que cada contexto é um contexto, mas não podemos fugir das realidades locais que cada indivíduo vive. Portanto, falar em formação de trabalhadores sem falar em educação popular é fugir da realidade atual. Sabemos que o conceito do coletivo, diálogo e parceria ainda são desafios que a formação

precisa enfrentar, mas como vivemos em um universo de diversidades, sejam elas etnias, raciais e/ou culturais, precisamos nos familiarizar e introjetar essas técnicas em nosso cotidiano.

Infelizmente, a saúde e a qualidade de vida dos moradores de rua têm sido algo que a sociedade trata com indiferença, quando deveria ver como “um sinal que vem da rua”, sinal que deve ser observado, considerado e cuidado na vida de uma sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.
2. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
3. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
4. Merhy EE.; Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**. 18(49): 313-24, 2014.
7. Merhy EE. Como fatiar um usuário: atomédico + atoenfermagem + atoX + atoY. **Conselhos regionais de saúde MG: jornal unificado**, 2003.
8. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. 269 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
9. Galeano E. **El libro de los abrazos**: Siglo Veintiuno, 1991.
10. Linhares AMMB. **O tortuoso e doce caminho da sensibilidade**: um estudo sobre arte e educação. Ijuí: Editora Unijuí, 2003.
11. Vasconcelos EM. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

ANEXO 1 – QUADRO SINÓPTICO

(continua)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
1	O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a população em situação de rua	Anderson da Silva Rosa, Maria Gabriela Secco Cavicchioli, Ana Cristina Passarella Brêtas	2005	Morador de Rua	<p>Acesso: a forma como vivem, causas para estar na rua e como são tratados a poluição em situação de rua e seus estigmas perante a sociedade e os serviços de saúde, assistência etc. Situações distintas da poluição em situação de rua: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente).</p> <p>Cuidado: desorganização e despreparo da equipe de saúde, territorialização, exigência de documentação e residência barram o acesso ao sistema. Igualdade e exclusão na área da saúde-assistência centrada para doença.</p> <p>Formação: ações dirigidas a esse grupo, a qual implica na (re)estruturação curricular de vários cursos de graduação e pós-graduação, o cuidado com a população de rua passa pela compreensão da “cultura da rua”.</p>

(continua)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
2	O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença	Anderson da Silva Rosa, Maria Gabriela Secco, Ana Cristina Passarela Brêtas	2006	Morador de Rua	<p>Acesso: pronto-socorro, emergência. Má qualidade dos serviços oferecidos.</p> <p>Cuidado: o alcoolismo e as drogas como fuga, trabalhador comprometido com a vida humana, qualidade do cuidado profissional; despreparo dos profissionais para lidar com a população de rua, discriminação descaso, mal atendimento, dificuldade em conseguir os medicamentos prescritos.</p> <p>Formação: os profissionais não estão preparados para atender às necessidades dessa população, a assistência prestada deve respeitar as peculiaridades desta população; capacitação profissional.</p>
3	A abordagem e a Clínica no atendimento aos Moradores de Rua com sofrimento psíquico	Maria Mercedes Merry Brito	2006	Morador de Rua	<p>Acesso: rede de serviços substitutivos aos manicômios, centros de referência, equipes de atendimento ambulatorial e hospitais.</p> <p>Cuidado: naturalização da exclusão, higienização pessoal e reabilitação social.</p>

(continua)

4	Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na Cidade de São Paulo	Rhavana Pilz Canônico, et. Al	2007	Consultório de Rua	<p>Acesso: acesso por demanda espontânea, por queixas tanto físicas como psicológicas; por meio da abordagem do agente.</p> <p>Cuidado: acolhimento, visando uma melhoria de suas condições de saúde, encaminhamento adequado, o agente de saúde de rua mantém o acompanhamento desse morador após sua passagem pela unidade, dando sequência a manutenção do vínculo desse indivíduo com o centro de saúde, acompanhamento efetivo.</p>
---	--	-------------------------------	------	--------------------	--

(continua)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
5	Construção de Políticas Públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios	Monica Dantas	2007	Morador de Rua	<p>Acesso: dificuldades extremas para ter acesso aos serviços; negação de direitos básicos de saúde, acessando diretamente emergências, barreiras por conta de comprovante de residência, documentos. Precariedade em hospitais públicos, insuficiência de leitos, material, médicos. Maior acesso as redes de atenção à saúde mental e a redução de danos.</p> <p>Cuidado: a rejeição e repulsa dos profissionais de saúde, por conta do aspecto físico de quem mora na rua em função higiene, a falta de capacidade em ouvir as necessidades dos indivíduos.</p> <p>Formação: as políticas públicas não promovem ações que atendam às demandas dessa população, pouca capacitação dos profissionais para lidar com a realidade dessa população, reformulação e organização dos processos de trabalho em saúde. A inclusão de discussão sobre a humanização, éticas e direitos humanos nos processos de formação desses profissionais. Acolhimento e a humanização do atendimento. O PMAQ como vínculo entre os profissionais e a população.</p>

(continua)

6	A implicação de Trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, pelo Sistema Único de Saúde	Bethania Ferreira Goulart, Maria Imaculada de Fátima Freitas	2008	Morador de Rua	<p>Acesso: precariedade de recursos humanos, material e financeiro no Sistema e a qualificação profissional. Modelos de atenção excludentes e diferenciados de acordo com a classe social a que pertencem os usuários.</p> <p>Cuidado: o trabalhador torna-se um mero executor de tarefas, e o usuário recebe uma assistência fragmentada e com pouco compromisso e resolubilidade, pouca ação humanizada.</p> <p>Formação: o trabalho e suas formas de organização e gerência, percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde uma tendência de modelos gerenciais centralizadores e verticalizados, sendo o coordenador do serviço detentor dos poderes para decidir e direcionar as decisões e ações no local. Muitas vezes, a participação e o envolvimento dos trabalhadores na discussão e reflexão da própria prática. Uma grande influência taylorista nos serviços de saúde, defendendo uma gerência que controla e regulamenta toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho. Os procedimentos verticalizados e centralizadores, e ao mesmo tempo em que estão integrados aos modelos de gestão plena do SUS, sofrem avaliações e preconizam uma gerência participativa.</p>
---	---	--	------	----------------	--

(continua)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
7	História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras	Fernando Pires Alves, Carlos Henrique Assunção Paiva, Gilberto Hochmann	2008		Formação: remodelação das políticas do trabalho em saúde.
8	Rede Social e promoção da Saúde dos "descartáveis urbanos"	Eduardo Sodré de Souza, Sandra Regina Vilchez da Silva, Ana Maria Caricari	2008	Morador de rua	Acesso: poucos serviços, logo alguns são assistidos por entidades sociais e de cunho religioso/filantrópicos; "A Gente na Rua" – objetivo viabilizar o acesso aos serviços de saúde. Cuidado: práticas isoladas, assistencialista, centralizadas, a retirada das ruas reinserção social; drogadição, álcool sofrimento psíquico. Formação: formação, fortalecimento de rede de apoio e de serviços, incentivo à participação, diversidade e protagonismo.

(continua)

9	A Abrigagem de "Moradores de Rua": um estudo sobre as trajetórias de exclusão e expectativas de reinserção	Adriano Silva Nazareno Arrá	2009	Morador de Rua	Acesso: a exclusão representa a condição de vulnerabilidade nas relações estabelecidas pela sociedade, que contribuirá para a reprodução das injustiças sociais. As sugestões alternativas para as políticas de proteção e cuidado, como as de entidades do terceiro setor e a economia solidária. Hospitais/emergência, abrigos/albergue. A principal dificuldade no acesso é a efetiva comprovação de endereço ou referência semelhante. Cuidado: específico na maioria para portadores de algum tipo de desajustes social: alcoolismo, drogadição, distúrbio psicológicos, saúde debilitada. Foco na reinserção social, desfocando muitas vezes a cultura e a necessidade dessa poluição, pois frequentemente o uso de álcool e drogas são utilizadas para amenizar os sofrimentos, frio e fome, agravando constantemente suas enfermidades.
---	--	-----------------------------	------	----------------	--

(continua)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
10	Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescente em situação de rua	Norma Araujo de Moraes, et. AL	2010	Morador de Rua	<p>Acesso: a resistência dos adolescentes a uma aproximação com as instituições de saúde, porém a escuta, acolhimento humanizado dos profissionais ao acesso dessa população adolescente.</p> <p>Cuidado: prevenção e promoção, sistema centrado em formas de cuidado exclusivamente curativas não viabiliza a melhoria da atenção, pouca atenção das políticas públicas de saúde.</p> <p>Formação: fortalecer as equipes dos NASF, fortalecer o acolhimento, atendimento baseado nos seguintes princípios: ética, privacidade e confidencialidade/sigilo, um trabalho inter e multiprofissional, educação permanente.</p>
11	Necessidades de capacitação e Aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª CRS	Maria Evanir Vicente Ferreira, Maria Denise Schimith, Nilton Carlos Cáceres	2010	Consultório de Rua	<p>Acesso: garantia do acesso a continuidade do tratamento.</p> <p>Cuidado: resolução dos problemas de saúde, execução das ações de assistência integral em todas as fases da vida.</p> <p>Formação: atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; capacitação reciclagem.</p>

(continua)

12	As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais	Cláudia Maria da Silva Marques, Emiko Yoshikawa Egry	2011	Consultório de Rua	<p>Acesso: aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade a atenção prestada aos indivíduos.</p> <p>Cuidado: dificuldade dos profissionais em entender as culturas oriundas de cada população. Fortalecer a relação com a população e os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população, cuidado humanizado.</p> <p>Formação: introduzir as transformações nas práticas de educação profissional, conceito de competência, como: capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessário para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. Modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas com visão da doença. Educação Popular, Capacitação profissional, rever os processos de trabalho em saúde.</p>
13	As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família	Gehysa Guimarães Alves, Denise Aerts	2011	Consultório de Rua	<p>Cuidado: a comunicação como instrumento terapêuticos e promotor da saúde.</p> <p>Formação: educação popular, processos de aprendizagem mútua, refletir sobre as diferenças culturais e humanizadora, investir no diálogo entre os sujeitos.</p>

(continua)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
14	Pesquisa-Ação-Formação Inter e Transdisciplinar com Pessoas Envolvidas com a questão do Morador de Rua	Aparecida Magali de Souza Alvarez, Augusta Thereza de Alvarenga, Américo Sommerman, Silvia Cristiane S. A. Della Rina	2011	Morador de Rua	Formação: processos de autoformação e transformação, processo educativo, transmissão/aquisição de saberes e comportamentos.
15	A Trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS	Henrique Sant'Anna Dias, Luciana Dias de Lima, Márcia Teixeira	2012	Formação para trabalhadores	Formação: iniciativas visando ampliar a qualificação da força de trabalho por meio de educação permanente que, entre outros objetivos, articulam a formação profissional às práticas dos serviços de saúde. No que se refere à formação profissional em saúde, incluem, entre outras, a indução de mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades e os serviços de saúde, reunidas na política nacional de reorientação da formação profissional em saúde; reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares nacionais.

(continua)

16	Significado e práticas de saúde e doença entre a população de rua	Maria Magalhães Aguiar, Jorge Alberto Bernstein Iriart	2012	Morador de Rua	Acesso: omissão do HIV/AIDS para poder ter acesso, procura apenas em emergências, dificuldade de acesso em Postos de Saúde e até mesmo no SMAU, burocracias por falta de documentação. Cuidado: preconceito, desvalorização, desintoxicação. Formação: a necessidade de criação de modelos específicos e atenção adequada a esse grupo, em que o acolhimento dessa classe torne-se a questão central.
17	Viver Saudável: significado para os moradores de rua do município de Santa Maria	Leandra Porto, et. AL	2012	Morador de Rua	Acesso: burocracias, regras e normas, poucas ofertas de acesso. Cuidado: mediado no processo de gestão, por meio do diálogo entre o cuidado formal e informal, fornecimento de informações adequadas e seguras, negociação contínua de estratégias de cuidado capaz de ampliar a rede de interações com diferentes atores sociais. Formação: a necessidade de estabelecer inter-relações e interligações disciplinares, a fim de estimular uma consciência crítica capaz de enfrentar as complexidades e a integralidade.

(conclusão)

	Nome artigo	Autores	Ano publicação	Descritor utilizado	Categorias de análise
18	Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas	Carla Félix dos Santos	2013	Consultório de Rua	<p>Acesso: por meio de equipes da Redução de Danos, em atenção básica, ampliando os acessos e os acolhimentos o Consultório de rua com práticas de cuidado, CR, UBS e Hospitais.</p> <p>Cuidado: mais voltado ao álcool e drogas; o CR, vem apresentando resolutividade como uma das estratégias de reorganização e inserção da atenção à saúde, fazendo interlocução da rede de saúde e a população em situação de rua, a qual não se sente usuária do SUS.</p> <p>Formação: educação permanente, trabalho em equipe e transformações em práticas de trabalho.</p>
19	O consultório na Rua e a atuação do técnico em enfermagem: Relato de Experiência de uma aluna	Ana Paula da Silva Machado	2013	Consultório de Rua	<p>Acesso: por meio de equipes da Redução de Danos, em atenção básica, ampliando os acessos e os acolhimentos o Consultório de rua com práticas de cuidado, CR, UBS e Hospitais.</p> <p>Cuidado: mais voltado à reabilitação de álcool e drogas; o CR.</p> <p>Formação: Educação permanente, trabalho em equipe e transformações em práticas de trabalho.</p>

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: REFLEXÕES NECESSÁRIAS

NATIONAL CURRICULUM GUIDELINES FOR GRADUATION IN PHYSICAL THERAPY: NECESSARY REFLECTIONS

Dernival Bertoncello

Doutor em Ciências Fisiológicas
Docente do Departamento de Fisioterapia Aplicada
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Doutora em Educação
Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Contato:

Dernival Bertoncello

Av. Getúlio Guaritá, 159, Abadia Uberaba, MG
CEP: 38025 440
E-mail: bertoncello@fisioterapia.uftm.edu.br

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais constituem-se em importante marco para a educação superior do Brasil na medida em que buscam o alinhamento da formação profissional de qualidade e avançam para a formação generalista baseada em habilidades e competências. Elas foram pensadas na lógica de romper com o foco na doença e avançar para a concepção ampliada de saúde. Passados exatos 14 anos da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a educação superior, coloca-se em relevo a necessidade do debate sobre o que se alcançou a partir de seus pressupostos. Verifica-se que pouco ainda é debatido e estudado, especialmente na literatura com mais acessos por parte da comunidade acadêmica, sobre o assunto. Alguns questionamentos emergem dessa temática e direcionam para reflexões que venham ao encontro de aprimorar as diretrizes para a formação de qualidade. Enquanto uns conceitos requerem clarificação, outros necessitam de mais especificações a fim de direcionar as instituições para que o ensino tenha a qualidade necessária com o propósito

de atender ao sistema de saúde vigente no país. Embora haja premissas a serem seguidas, destacamos que as diretrizes cumpriram com seu papel e vieram também para consolidar a ideia de que o modelo rígido de currículo mínimo não era o mais apropriado. É importante permanecer incessantemente na atitude reflexiva, com postura proativa, para que, se realmente houver mudanças, haja possibilidades de contribuições positivas às novas diretrizes curriculares nacionais para a Fisioterapia.

Palavras-chave: Diretrizes. Currículo. Fisioterapia.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines constitute an important landmark for higher education in Brazil insofar as they seek the alignment of quality vocational training and move forward towards the general education based on abilities and competences. They were conceived in the logic of breaking with the focus on disease and advance to the expanded concept of health. After exactly fourteen years of implementation of the National Curriculum Guidelines (NCG) for higher education, we highlight the need for debating on what has been achieved from its assumptions. It appears that little is still debated and studied on the subject, especially in literature with more hits by the academic community. Some questions arise from this theme and lead to reflections that come to improve the guidelines for an education of quality. While some concepts require clarification, others need more specifications in order to direct the institutions so that education has the necessary quality in

order to meet the current health system in Brazil. Although there are premises to be followed, we emphasize that the guidelines fulfilled their role and also came to consolidate the idea that the minimum curriculum rigid model was not the most appropriate one. It is important to remain constantly in the reflective attitude, with a proactive approach, so that, if there really is change, there is also scope for positive contributions to the new national curriculum guidelines for Physical Therapy.

Key-words: Guidelines. Curriculum. Physical Therapy.

PALAVRAS INICIAIS

No início da história da Fisioterapia, como formação em nível superior, depara-se com uma profissão sob os determinantes da Medicina. Mais ainda, baseada em um modelo que se centrava (e pode-se dizer que ainda é centrado) no hospital como cenário principal de aprendizagem e formação, o que, de certo modo, tornou-se insuficiente mediante a realidade epidemiológica e as necessidades em saúde da população.

O advento do Sistema Único de Saúde (SUS), somado à discussão sobre o conceito ampliado de saúde, trouxe a necessidade de mudanças no foco da atuação dos profissionais. O próprio SUS direciona para a visão global do indivíduo e da saúde, não estando mais a doença nem o cenário hospitalar como focos principais de atenção. Essa constatação pode ser identificada a partir da implementação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o qual legitima o fisioterapeuta na Atenção

Básica como um dos profissionais da equipe de apoio, embora ainda seja muito incipiente sua inserção de forma global. Ou seja, o fisioterapeuta precisa estar nas equipes de Atenção Básica como um todo, e não apenas no NASF, pois essa inserção pode vir carregada do papel quase que exclusivamente reabilitador desse profissional, o que, de certo modo, pode reforçar o paradigma da profissão^{1,2}.

Assim, ao longo das décadas, passou-se a pensar o atendimento curativo e hospitalocêntrico como apenas uma das necessidades da população, transcendendo a inserção profissional do fisioterapeuta para todas as instâncias de saúde³. Nesse contexto, a formação profissional passou a não contemplar as exigências em saúde no Brasil, e, em 2001, foram instituídas, por meio do Parecer nº 1.133/2001 do Conselho Nacional de Educação (CNE), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área de saúde e, entre elas, as Diretrizes para o curso de Fisioterapia, por meio da Resolução CNE/CES (Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior) nº 4, de 19 de fevereiro de 2002⁴.

As DCN foram pensadas na lógica de romper com o foco na doença e avançar para a concepção ampliada de saúde, definidas a partir das competências, habilidades gerais e específicas para o perfil profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, aptos a desenvolver ações em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). Constituem-se em importante marco para a educação superior do Brasil na medida em que buscam o alinhamento da formação profissional de qualidade e avançam para a formação generalista baseada em habilidades e competências.

Passados exatos 14 anos da implementação das DCN para a educação superior, coloca-se em relevo a necessidade do debate sobre o que se alcançou a partir de seus pressupostos, bem como sobre os encaminhamentos futuros. Para tanto, este texto versa sobre a gênese das DCN, seus princípios, a partir de elementos que são considerados relevantes da Resolução 4/2002, que trata da formação do profissional fisioterapeuta, assim como apresenta brevemente as principais produções científicas que abordam a formação em Fisioterapia nos últimos 10 anos, e tem como intuito suscitar reflexões acerca do que se tem e o que se quer para a formação do fisioterapeuta considerando o avanço do conhecimento, os distintos espaços formativos e possibilidades de atuação profissional com foco no objeto profissional que lhe é atribuído.

DCN: O QUE SÃO E PARA QUE SERVEM?

Quando se pensa ou se pronuncia sobre DCN para cursos de nível superior, surge a necessidade primária de conceituar o que são e para que servem. O Decreto 2.306, de 1997, estabelece que as Diretrizes Curriculares são referenciais para as avaliações de cursos de graduação⁵. Para além de balizar as avaliações dos cursos de graduação, acredita-se que as DCN surgem para equalizar a formação profissional no que concerne aos padrões de qualidade para a formação superior do profissional, neste caso, do fisioterapeuta. De acordo com o Parecer nº 776/97 CNE/CES, as diretrizes curriculares constituem “[...] orientações para a elaboração dos currículos que

devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior”.

As DCN vêm ao encontro da necessidade explícita na Lei 9.394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional)⁶, que “assegura ao ensino superior maior flexibilidade na organização curricular dos cursos, atendendo à necessidade de uma profunda revisão de toda a tradição que burocratiza os cursos e se revela incongruente com as tendências contemporâneas de considerar a formação em nível de graduação como uma etapa inicial da formação continuada; bem como à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos”.

As DCN para os cursos de Fisioterapia datam do ano de 2002 e estão estruturadas a partir da descrição de um perfil, seguido de algumas competências e habilidades gerais, estruturadas em seis categorias centrais: Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; e Educação Permanente. Também é importante destacar que estão descritas na Res. CNE/CES nº 04/2002 as competências e habilidades específicas do núcleo da Fisioterapia, seguidas dos conteúdos curriculares e dos demais artigos que abordam questões referentes aos estágios, trabalho de conclusão de curso, projeto pedagógico de modo geral, entre outros. Nota-se que a organização e estrutura das atuais DCN da Fisioterapia estão fortemente relegadas ao Parecer CNE/CES nº 583/2001⁷.

Tomando por base os elementos destacados no perfil habilidades e competências, o graduando em Fisioterapia deve ser formado para

atuar em todos os níveis de atenção à saúde, tomar decisões baseadas em evidências científicas, aprender a comunicar-se e interagir com seus pacientes, com os familiares destes e com outros profissionais de saúde, além de ter capacidade de liderança e estar em um processo contínuo de aprendizagem ao longo de sua vida.

Mediante o exposto, coloca-se em questão os fatores a serem considerados para a formação profissional que estão postos e a resolubilidade com que essa formação vem sendo conduzida nos diferentes cantos do Brasil, considerando a heterogeneidade de cultura, do contexto socioeconômico e, principalmente, dos distintos cenários postos na dualidade saúde-doença. Todavia, para isso, é pertinente inicialmente resgatar a origem das DCN e o que se produziu desde então.

NA LINHA DO TEMPO: UM BREVE RESGATE DAS DCN

Pensar na origem das DCN pressupõe lembrar a essência das profissões da área da saúde, em especial da Fisioterapia. Como já mencionado, com forte herança da área médica, a Fisioterapia apresenta traços marcantes da reabilitação, ou seja, da doença. Com a evolução da ciência e do conhecimento científico e tecnológico, a profissão avança com marcas acirradas no paradigma que a originou, entretanto, a ela tem no cerne do seu fazer a potencialidade de atuar nos mais diversificados cenários e nas mais distintas subáreas do conhecimento. O movimento humano, a funcionalidade da pessoa humana, como objeto do fazer próprio e legítimo do profissional fisioterapeuta carrega

em si a observância de transcender o foco na doença, voltando o olhar para a pessoa em todas as suas atividades e relações.

A partir dessa conjectura, o mundo contemporâneo acena para a necessidade de profissionais polivalentes e ao mesmo tempo singulares, sensíveis e capazes de perceber as mais diversas necessidades da pessoa humana e, por meio do seu fazer, levar esta a produzir o seu próprio movimento para que, desse modo, mantenha ou adquira a sua autonomia.

Para que se produzam mudanças no pensar e no saber fazer dos profissionais, urge mudanças no cenário formativo nacional. Nesse intento, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, surge para transcender a fragmentação do eixo formador marcado pela dicotomia teoria-prática, desarticulação entre conteúdos/disciplinas com ênfase na racionalidade técnica⁸. A partir de então, um dos marcos no avanço da formação profissional no Brasil foram as DCN.

Em termos de registro, o princípio se dá a partir da Lei nº 9.131/95, que altera os dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e em seu artigo 6º prevê atribuição de “[...] formular e avaliar a política nacional de educação, zelar pela qualidade do ensino e velar pelo cumprimento das leis que o regem”. Ainda, em seu artigo 9º, Parágrafo 2º, alínea c), essa lei prevê as atribuições da Câmara de Educação Superior, a qual compete “deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação”.

As Diretrizes, por sua vez, foram concebidas a partir do Parecer CNE/CES nº 776 de 1997, que orienta para as diretrizes para todos os cursos de ensino superior referindo que “[...] os currículos

dos cursos superiores, formulados na vigência da legislação revogada pela Lei nº 9.394 de 1996, caracterizam-se por excessiva rigidez que advém, em grande parte, da fixação detalhada de mínimos curriculares [...]”. No referido Parecer, consta ainda que deve a CES/CNE estabelecer orientações gerais a serem observadas na formulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação.

Cita-se ainda o Decreto nº 2.026, de 1996, que estabelece referenciais para as avaliações de cursos de graduação e IES, revogados pelo Decreto nº 3860 de 2001, que estabelecem procedimentos para organização e processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior^{9,10}. A partir de então, a Lei nº 10.172, de 2001, aprova o Plano Nacional de Educação apontando, em seus artigos 2º, 3º e 4º, a corresponsabilização dos Estados, Distrito Federal e Municípios para a elaboração de planos decenais correspondentes¹¹. Permanecem, sob a égide destes, a realização de avaliações periódicas da implementação do Plano Nacional de Educação. À União caberá instituir o Sistema Nacional de Avaliação e estabelecer os mecanismos necessários ao acompanhamento das metas constantes do Plano Nacional de Educação.

Em seus objetivos e metas, a Lei 10.172/2001 estabelece “[...] em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem...”.

Desse modo, a partir da Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde

8.080, de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394, de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172, de 9/1/2001; Parecer CNE/CES 583/2001, que estabelece orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação; Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e a partir de instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde, surgem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, instituídas pelo Parecer CNE/CES 1.210/2001. Estas, por sua vez, trazem como essência as competências profissionais, delineadas por Perrenoud (1999)¹².

Ademais, no dia 4 de março de 2002, foi publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 4, Seção 1, p. 11, a Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as DCN para os cursos de graduação em Fisioterapia⁴.

Um dos marcos a ser destacado como propósito das DCN é o de evitar o reducionismo característico do currículo mínimo, o qual preconizava a técnica, o instrumental, o como fazer, em detrimento do conhecer, do contextualizar, do criar; e, com esse pensar, a sobressaliência do saber pensar sobre as competências tecnológicas. Contudo, passados 14 anos da implantação das DCN, questiona-se: a partir das DCN, o que se produziu até o momento sobre a formação profissional na graduação? O que os estudos vêm ponderando acerca do ensino em Fisioterapia?

O QUE SE TEM PESQUISADO SOBRE O TEMA

Ao considerar a prática baseada em evidências e modelos de estudos¹³ tão importantes para que a profissão de fisioterapeuta fosse consolidada como participante e determinante, sobre alguns aspectos, para a área de saúde, o próprio tema 'diretrizes curriculares' poderia ser objeto de estudo e pesquisa, uma vez que se constituem como orientadoras para a formação profissional.

Em uma busca simples no portal de revistas brasileiras SciELO, sem especificação de período (realizada no segundo semestre de 2015), utilizando-se de alguns descritores (palavras-chave), foram encontrados aproximadamente 100 artigos. Quando se utilizou os termos para busca "diretrizes curriculares" e "fisioterapia", cinco trabalhos foram encontrados: três possuem enfoque diretamente para o tema baseado no que preconiza as DCN de forma mais abrangente, ou seja, tinham como objetivo propostas de currículos, ou reflexões acerca de projetos pedagógicos de Fisioterapia com base nas diretrizes curriculares especificamente¹⁴⁻¹⁶; outro trabalho objetivou analisar se as ementas de Saúde Coletiva do novo currículo contemplam a formação de competências previstas nas diretrizes curriculares¹⁷ e outro, não menos importante, abordou a temática da inserção de atividades de Extensão nos currículos dos cursos¹⁸. Os demais trabalhos encontrados foram a partir da utilização dos termos "diretrizes curriculares" e "saúde", não sendo específicos para a Fisioterapia.

A partir dos textos disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que agrega a base de dados LILACS,

entre outras, ainda considerando artigos escritos em língua portuguesa e, portanto, com enfoque nacional, foram encontrados mais sete trabalhos com abordagens de temas que ou direcionam para as diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia, ou as citam em suas discussões. Ressalta-se que a busca foi feita somente utilizando os mesmos termos: diretrizes curriculares e fisioterapia (Tabela 1).

Tabela 1: Trabalhos referentes ao tema 'diretrizes curriculares' e 'saúde', por curso de graduação

Demais cursos específicos de graduação	Quantidade de artigos*
Educação Física	02
Enfermagem	36
Farmácia	02
Fisioterapia	05
Fonoaudiologia	01
Medicina	30
Nutrição	04
Odontologia	10
Psicologia	02
Gerais	15

*Artigos encontrados no portal SciELO, sem especificação de datas e sem especificação de idiomas de apresentação dos manuscritos

Conforme apresentado na Tabela 1, verifica-se que o tema "diretrizes curriculares", quando alinhado à Fisioterapia, ainda é pouco crítico ou discutido com base na literatura científica, quando se compara aos cursos de Enfermagem e Medicina, embora os cursos de Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia e Psicologia (aqui considerado como do âmbito da Saúde, apesar de ser relacionado às Humanas em outras fontes) também sejam escassos. O que se pode refletir a partir desses achados é que ainda há necessidade de mais estudos e produção científica sobre as diretrizes, em abordagens que venham ao encontro do conhecimento da comunidade científica e educadora, que é responsável pela disseminação do que é preconizado nas diretrizes para a formação de novos profissionais. Ressalta-se que há importantes trabalhos que contemplam essa temática, mas que não estão catalogados no portal pesquisado e que, portanto, pode não ser tão bem divulgado à comunidade acadêmica.

Ao refletir sobre isso, verifica-se que pouco ainda é debatido e estudado, especialmente na literatura com mais acessos por parte da comunidade acadêmica, sobre o assunto. Isso, por si, é preocupante, uma vez que aquilo que é de direito da formação ainda não está bem conhecido pelos atores responsáveis por ela. A necessidade de produção científica sobre essa temática vem ao encontro da premissa de que, quanto mais se estuda ou se discute sobre determinado assunto, melhores serão as abordagens futuras, o que culminaria em benefícios para a comunidade que se apodera desse conhecimento e, ainda, contribuiria para o debate atual acerca das DCN, mudar ou não mudar?

DCN: NECESSIDADES DE MUDANÇAS?

Os primeiros questionamentos que emergem a partir do exposto são: as DCN para os cursos de graduação em Fisioterapia precisam de mudanças? Se sim, o que precisa ser mudado? O que carece de maior clareza? As DCN foram efetivamente instituídas nos cursos de graduação em Fisioterapia? Foram internalizadas pelas IES, pelos formadores? Qual o real conhecimento das DCN? Ou, qual a verdadeira compreensão sobre seus princípios?

Os questionamentos que emergem da reflexão sobre a necessidade de mudanças nas DCN trazem como pressupostos a análise profunda e cuidadosa sobre os aspectos estruturais e conceituais das próprias DCN, o avanço tecnológico, as mudanças no perfil epidemiológico populacional, bem como as mudanças no cenário formativo e nos aspectos legais que o circundam. Entre esses aspectos mencionados, vale lembrar que, simplesmente, as mudanças nas políticas de saúde vigentes no país poderiam ser um ponto intenso para demandar mudanças nas Diretrizes.

Longe da intenção de resposta a todas as perguntas, podemos citar brevemente alguns avanços importantes para a saúde e para a educação brasileira que remetem à possibilidade de mudança, como por exemplo, a Portaria de Atenção Básica de 2011 que incorpora o NASF, a Lei dos Estágios, a Política Nacional de Educação Permanente, a Política Nacional da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Idoso, do portador de Diabetes e Hipertensão, Tuberculose e Hanseníase, entre tantas outras que

podem constituir necessariamente elementos relevantes para repensar a formação do profissional da saúde. Outro ponto de destaque, o qual não pode deixar de ser elencado, é a Classificação Internacional de Funcionalidade, que traz consigo uma nova filosofia de pensar e fazer Fisioterapia, na lógica da saúde funcional e qualidade de vida. Essas e tantas outras legislações que regem a saúde e a educação consistem em fatos que impulsionam para a reescrita do documento que orienta a graduação em Fisioterapia.

Entretanto, fato a ser destacado é que existem questões relevantes que não foram internalizadas a partir das DCN atuais, ou ainda que efetivamente não foram operacionalizadas, outras pouco compreendidas. Dentre elas, podemos destacar a dicotomia teoria-prática que ainda prevalece em alguns projetos de curso, a formação distante da realidade de saúde da população e o não atendimento às demandas de saúde do País.

Desse modo, ao se parrear as mudanças ocorridas no cenário de saúde do País e as lacunas identificadas nas DCN atuais, coloca-se em questão o debate sobre os possíveis alinhamentos que se fazem necessários. Um dos alinhamentos que carecem de maior clareza é a formação baseada em *Competências*. Assim, cabe destacar inicialmente a compreensão sobre o conceito de *Competências*, uma das correntes filosóficas que marcam fortemente as DCN atuais. Esse é e possivelmente mantenha-se como eixo condutor da elaboração das novas DCN. Porém, as *Competências* das quais nos referimos podem ser arbitrariamente confundidas como um novo/neotecnicismo, entendido como aperfeiçoamento do positivismo (controle/avaliação)

e, portanto, do capitalismo. O termo *Competência* é polissêmico, aberto a várias interpretações¹⁹. Conforme os autores, “ao se adotar o referencial da formação por competências, deve-se destacar que não se trata de um conjunto de ações ou procedimentos técnicos que precisam ser alcançados pelos alunos, mas, sim, da articulação dos vários saberes para a resolução de problemas e enfrentamentos das situações de imprevisibilidade, bem como a mobilização da inteligência para fazer, face aos desafios do trabalho” (p. 42).

Competência, então, pode ser entendida como capacidade de agir eficazmente em determinada circunstância, sendo que essa capacidade deve ser embasada em conhecimentos que podem ser compreendidos como representações da realidade. Portanto, a competência é a mais importante meta da formação¹².

Competência é uma palavra que vem do latim (*Competentiae*) e, conforme Perrenoud (1999)¹², *integra* (grifo nosso) conhecimentos, atitudes, habilidades em situações singulares que vão além do *savoir-faire*; segundo o autor, “o exercício da competência perpassa por operações mentais complexas, subentendidas por esquemas de pensamento que permitem determinar ou realizar uma ação”. E, continua o autor, “as competências profissionais se constroem-se, em formação, mas também ao sabor da navegação diária de um professor [...]”.

Entretanto, perpassam pela formação, além da construção de competências de domínio científico e tecnológico, mais precisamente competências técnicas, outros recursos subjetivos que integram afetos, desejos, conceitos, posturas e atitudes, aspectos estes que emergem das dimensões afetivas e sociais, também denominadas

de competências transversais²⁰.

Nesse sentido, anteriormente ao debate sobre o que mudar nas DCN, urge verificar, especificamente, a compreensão sobre *Competências* na essência de sua episteme, assim, necessariamente, como os pressupostos que as DCN carregam para que se alcance a verdadeira competência profissional, o que conduzirá para uma nova proposta de documento orientador da formação do fisioterapeuta, ou seja, as novas DCN.

REFLEXÕES PARA POSSÍVEIS MUDANÇAS

Ao analisar os 14 anos de DCN para Fisioterapia⁷, há, sim, ganhos a serem considerados, como, por exemplo, direcionamento (eixos de formação/conteúdos essenciais, elaboração de matrizes curriculares) para abertura de cursos e como norteador para funcionamentos/consolidações; abordagem direcionada para a “elaboração do diagnóstico físico e funcional” (Artigo 3º.), o que remete para melhor reconhecimento da profissão como autônoma e, ao mesmo tempo, como membro de um grupo de profissões fundamentais da área de saúde; olhar mais direcionado para os conceitos de teoria, prática, estágio curricular, flexibilização curricular, trabalho de conclusão, projeto pedagógico, atividades complementares (Artigos 7º., 8º., 9º., 10º., 11º., 12º., 13º.); ferramenta para “confrontar/comparar” o sistema de avaliação vigente ao curso (ou vice-versa).

Apesar de as DCN virem ao encontro de uma necessidade verificada há anos de que havia a fragmentação nos currículos tradicionais, ou seja, disciplinas da Área Biológica que não

dialogam com as disciplinas das áreas de Ciências Humanas e Aplicadas, verifica-se que isso ainda ocorre nas Instituições de Ensino Superior do País²¹, uma das principais prerrogativas de que precisamos rever.

Mediante o posicionamento de que necessitamos de reformulações nas DCN da Fisioterapia, é pertinente elencar alguns dos aspectos apropriados para esta reflexão. Primeiramente cabe destacar que, mesmo as DCN consistindo em orientação pedagógica e de formação para os cursos, a própria orientação pedagógica das Diretrizes precisa estar mais clara. Isso quer dizer que carece de nova reestruturação, com base em princípios, conceitos ou ainda em pressupostos epistemológicos para que, a partir destes, possamos inserir todo o *know how* do fisioterapeuta. Nesse aspecto, destacamos o perfil. Este precisa de elucidação mediante o questionamento: o que é o perfil do egresso? Para, em seguida, responder: qual o perfil que queremos formar?

Respeitadas as disparidades regionais do nosso País, o perfil precisa estar delineado para certo alinhamento enquanto categoria profissional. Chamamos a atenção para que este se constitua em orientador/balizador, e não algo a ser copiado/replicado nos projetos pedagógicos dos cursos. Em suma, defendemos a ideia de que o perfil precisa ser trabalhado sob a égide das características que os profissionais devem agregar, ou seja, qual perfil queremos formar para nossa categoria profissional?

É importante salientar que nesse perfil, assim como em todo o documento, o objeto profissional do fisioterapeuta precisa aparecer com maior distinção. Nessa reflexão, damos realce para o movimento humano, entretanto, para o movimento humano funcional, o que remete à funcionalidade

humana, conceito este que se torna imperativo mediante o atual cenário do mundo do trabalho no Brasil. É fundamental ainda aproximarmos a funcionalidade humana para todo o conjunto de elementos que incorpora a *Atenção Fisioterapêutica*. Esta, por sua vez, envolve todo o processo de cuidado, desde a inserção no campo de atuação profissional (reconhecimento do local, levantamento de informações, relações políticas, sociais, culturais e espirituais, análise e estudo de indicadores, condições de saúde, educação, saneamento, a interação entre os pares etc.) até a intervenção fisioterapêutica propriamente dita (que engloba a consulta fisioterapêutica com destaque para avaliação, diagnóstico cinesiológico-funcional, elaboração e execução do plano fisioterapêutico). Há o destaque importante, conforme Ragasson et al. (2006)²², que apontam para o trabalho em educação, prevenção e assistência fisioterapêutica, seja coletiva e individual, de forma multi e interdisciplinar.

Aqui, não podemos deixar de assinalar aspectos referentes à saúde mental e assistência social, políticas, meio ambiente e questões étnico-raciais que também precisam ser alinhavadas nas DCN da Fisioterapia.

Nesse contexto, quando uma das principais competências para a formação do fisioterapeuta é explorada, a *Atenção à Saúde*, que é fundamental para operacionalização do princípio da integralidade do SUS, a temática ainda não parece tão praticada como deveria ser, considerando-se literalmente os dois conceitos (promoção e prevenção). Portanto, o perfil generalista, preconizado pelas diretrizes, passa a não se consolidar de forma clara, uma vez que se percebe ainda com enfoque maior para as especialidades.

Assim como essas questões, outras ainda requerem clarificação, como, por exemplo, a questão do profissional generalista, muito debatida nos vários cantos do País. Acreditamos que nesta reflexão nos cabe alçar questões com pertinência para a apreciação e debate entre os pares, mas não nos cabe as definições, respostas, proposições etc. Entretanto, há de se pensar que, embora que o conceito generalista esteja presente nas diretrizes, precisa ser mais bem explicitado, uma vez que a profissão não pode, ao mesmo tempo, perder a sua identidade principal e seu contexto histórico, sendo a reabilitação uma dessas características.

Outro aspecto que destacamos é a compreensão sobre *Competências*, como já anunciado anteriormente. Prioritariamente elucidar e discernir o que são competências e o que são habilidades. “Há sobreposição dos termos competências/habilidades usados de modo combinado, como se fossem semelhantes, sem distinção nem clareza quanto seus usos ou especificidades teóricas e conceituais, levando a distorções acerca da identificação relativa a cada um”²⁰.

As *Competências* consistem em um dos principais elementos das DCN, e defendemos a ideia de que devem ser mantidas, uma vez que esse conceito traz à emergência a capacidade resolutiva e proativa do profissional. Não obstante, as habilidades também são relevantes, pois são natas ao fazer profissional, mas não somente isso. É mister considerar ainda as competências técnicas articuladas com as competências transversais, transcendendo o paradigma de formação tecnicista e reducionista.

Aliadas às *Competências* profissionais, consideramos essencial,

ainda, as DCN apresentarem aspectos quanto à gestão em saúde e educação em saúde, nos mais amplos sentidos que estas remetem, desde a gestão de serviços públicos e privados de saúde, até a gestão do cuidado propriamente dito. Isso vai desde a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde, até a educação popular, bem como diretamente da e para a sociedade, e o papel que o fisioterapeuta teria para contribuir com essa educação.

É essencial mencionar também que as DCN carecem de mais detalhes quanto ao tripé ensino-pesquisa-extensão, principalmente no que tange à extensão e à pesquisa na graduação. Interessante seria entrelaçar o tripé da educação superior com o trabalho interprofissional, interdisciplinar com vistas ao compromisso e responsabilidade social, missão das universidades brasileiras.

Para finalizar, mas não menos importante, destacamos a necessidade das DCN se reportarem ainda, e com mais detalhes, aos aspectos do estágio em Fisioterapia, ao desenvolvimento do Trabalho Final de Graduação, à equalização das práticas/vivências nos níveis de atenção à saúde, ao entendimento sobre o que seja o ensino semipresencial em Fisioterapia, garantindo que, para nossa profissão, a formação não pode, sob qualquer hipótese, constituir-se em ensino a distância, além do previsto na legislação vigente (20% da carga horária total do curso), sob pena de comprometer a qualidade da formação e o desenvolvimento de *Competências* próprias do fisioterapeuta, as competências técnicas e, acima de tudo, as competências transversais.

Poderíamos destacar ainda a relevância da mobilidade acadêmica, as

metodologias de ensino-aprendizagem, de avaliação, a formação do Núcleo Docente Estruturante e órgão colegiado de curso, a tão essencial formação docente do professor de Fisioterapia, bem como os conteúdos essenciais a essa formação, porém, acreditamos que essa reflexão não se esgota neste manuscrito e que este tem por intento despertar a curiosidade e o desejo de os colegas fisioterapeutas participarem ativamente e dar a sua contribuição para que efetivamente possamos produzir mudanças que venham ao encontro dos anseios dos fisioterapeutas brasileiros na melhoria e desenvolvimento de nossa categoria profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após mais de dez anos de implantação das DCN para a Fisioterapia, à parte o fato de discutir se há ou não necessidades de mudanças, uma vez que elas possivelmente nem tenham sido integralmente implementadas em todas as instituições brasileiras, verifica-se que, ao menos, precisam ser revistas. Conceitos necessitam ser mais bem definidos, bem como orientações mais específicas sobre as DCN para uma boa formação em atendimento às tantas políticas de saúde e educação recentes (com base em recentes regulamentos, portarias, normativas etc.). Outrossim, chama-se a atenção para que haja mais leitura e estudos, com boa base científica, sobre o tema, seja do ponto de vista de implantação e funcionamento, seja do ponto de vista de reflexões sobre o andamento da formação do fisioterapeuta e, portanto, sobre os projetos pedagógicos dos cursos que os formam. Papel este que a Associação Brasileira de Ensino em

Fisioterapia (ABENFISIO) tem realizado ao longo dos anos.

Embora haja premissas a serem seguidas, destacamos que as diretrizes cumpriram com seu papel e vieram também para consolidar a ideia de que o modelo rígido de currículo mínimo não era o mais apropriado, dando às Instituições de Ensino Superior (IES) a possibilidade de elaborar um currículo bastante flexível, sem perder o foco no que está estabelecido pelas DCN²³, mas com base nas políticas de Promoção de Saúde²⁴. No entanto, as DCN, que deveriam ser primordiais para a elaboração e implementação de Projetos Pedagógicos de Cursos, e, conseqüentemente, sustentar a busca, por parte do estudante, pela qualidade de ensino, passa a ser meramente seguida a fim de servir como referencial para o sistema de avaliação da educação superior vigente (SINAES).

De fato, pode-se afirmar que de nada adianta mudar nossas Diretrizes se a "leitura" continuar sendo a mesma; se o perfil profissional de quem forma não transcende aspectos arraigados da profissão, como, por exemplo, a racionalidade técnica, que não atendem mais à contemporaneidade. No entanto, é importante permanecer incessantemente na atitude reflexiva, com postura proativa, para que, se realmente houver mudanças, haja possibilidades de contribuições, e não apenas críticas não construtivas, pois há muito trabalho pela frente e, portanto, clamamos pela categoria profissional para que façam suas escolhas.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Com Ciênc Saúde*. 2010;21(3):261-266.
2. Ribeiro CD, Soares MCF. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev Salud Pública*. 2015;17(3):379-393.
3. Ceccim RB. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Rev Estudos Univ*. 2007; 33(1):29-48.
4. Brasil. Resolução CNE/CES 4. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia, Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 11, 2002.
5. Brasil. Decreto-Lei 2306, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas no art. 10 da Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, e nos arts. 16, 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1997.
6. Brasil. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1996.
7. Brasil. Parecer CNE/CES 1210, de 12 de setembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001.
8. Moreira AFB. Currículos e programas no Brasil. 2.ed. Campinas/SP: Papyrus, 1995.
9. Brasil. Decreto-Lei 2026, de 10 de outubro de 1996. Estabelece procedimentos para o processo e avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1996.
10. Brasil. Decreto-Lei 3860, de 09 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, em 10/07/2001.
11. Brasil. Lei 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001.
12. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.
13. Marques AP, Peccin MS. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. *Fisioter Pesq*. 2005;11(1):43-48.
14. Andrade, PMO. Avaliação do estágio da Fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da Organização Mundial da Saúde. *Avaliação* 2010; 15(2): 121-134.
15. Signorelli MC, Israel VL, Corrêa CL, Motter AA, Takeda SY, Gomes ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioter. Mov*. 2010; 23(2):331-340.

PRODUTOR RURAL NA ATIVIDADE LEITEIRA: UMA EXPERIÊNCIA COLETIVA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

RURAL PRODUCER IN DAIRY FARMING: A COLLECTIVE EXPERIENCE OF HEALTH EDUCATION

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Mestra em Educação. Docente
do Curso de Fisioterapia
Universidade de Cruz Alta –
UNICRUZ.

Victória Medeiros da Rosa

Acadêmica do curso de
Fisioterapia da Universidade de
Cruz Alta – UNICRUZ.

Angélica Facco

Acadêmica do curso de
Fisioterapia da Universidade de
Cruz Alta – UNICRUZ.

Priscila Rodrigues da Silva

Acadêmica do curso de
Fisioterapia da Universidade de
Cruz Alta – UNICRUZ.

Daisiane Cazarotto

Acadêmica do curso de
Fisioterapia da Universidade de
Cruz Alta – UNICRUZ.

Lincoln da Silva

Mestrando do Programa de

Ciências do Movimento Humano
Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC

Susana Cristina Domenech

Doutora em Ciência e Engenharia de
materiais.
Pesquisadora do Centro de Ciência da Saúde
e do Esporte
Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC.

Noé Gomes Borges Júnior

Doutor em doutorado em Biophysique
Electrophysiologie
Pesquisador do Centro de Ciência da Saúde e
do Esporte
Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC.

Contato:

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho
Endereço: Cel. Luiz Azevedo, 509,
Centro
Tupanciretã/RS
CEP: 98.170-000
E-mail: themiscarvalho@brturbo.com.br

Financiamento: Bolsa PIBIC UNICRUZ

16. Teixeira RC. Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Fisioter Mov.* 2012;25(1):47-54.
17. Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. *Trab Educ Saúde.* 2012;10(2): 301-314.
18. Castro SS, Sousa AI, Lima MCPB. Curricular intersections of university extension and teaching in Physical Therapy programs. *Fisioter Mov.* 2015; 28(1):127-139.
19. Pimenta SG, Ghedin E. Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
20. Marinho-Araújo CM, Rabelo M. Avaliação Educacional: A abordagem por competências. *Avaliação.* 2015; 20(2): 443-466.
21. Maturana HR, Varela FJ. A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. Mariotti H, Diskin L, Tradutores. São Paulo: Palas Athena; 2001.
22. 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. *II Jornada Interdisciplinar, Maringá.* 2006;1:238-9.
23. Lemos CL. A implantação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. *Rev Abeno.* 2005;5(1):80-85.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002.

RESUMO

Estudos vêm destacando a importância da atividade leiteira na sustentabilidade das propriedades agrícolas familiares, no autoconsumo e, principalmente, na geração de renda familiar. A atividade leiteira está frequentemente associada a queixas relacionadas com dores em segmentos da coluna vertebral e membros. Essas queixas impactam na qualidade de vida, diminuindo produtividade do trabalhador. Este relato de experiência teve como objetivo geral desenvolver ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde postural dos trabalhadores rurais na atividade leiteira. Foi um processo planejado e participativo, no qual o compromisso da EMATER, UNICRUZ e UDESC foi o alicerce fundamental de sua trajetória metodológica. A população contemplada totaliza 23 famílias de pequenas propriedades rurais, de 7 municípios do interior do Rio Grande do Sul, todas envolvidas na atividade leiteira. Foram realizadas avaliações para determinar a saúde postural. Foram detectados desvios, anormalidades e assimetrias na coluna vertebral, membros superiores e inferiores dos trabalhadores, com dores e desconfortos corporais em vários segmentos corporais. Iniciamos um programa de educação em saúde, utilizando, entre outras coisas, rodas de conversa, oficinas pedagógicas e prática regular de cinesioterapia laboral. Percebemos a necessidade da realização de ações com o objetivo de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais em relação aos movimentos e posturas corporais inadequadas. A prática de cinesioterapia laboral diária e realização de oficinas pedagógicas de educação e saúde promoveram uma maior conscientização postural,

com alívio da sintomatologia dolorosa dos produtores leiteiros, causadas por desgastes e posturas incorretas adotadas no dia a dia no campo. Constatamos, ao final do estudo, a reformulação da percepção de saúde postural das famílias rurais, reforçando o papel da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva.

Palavras-chave: Trabalhadores rurais. Saúde da população rural. Educação em saúde.

ABSTRACT

Studies have been stressing the importance of dairy farming in the sustainability of family farms, self-consumption, and especially in generating family income. Dairy farming is often associated with complaints related to pain in segments of the spine and limbs. Those complaints impact on quality of life, reducing worker productivity. This experience report aimed to develop actions for the protection, promotion and rehabilitation of postural health of rural workers in the dairy business. It was a planned and participatory process in which the commitment of EMATER, UNICRUZ and UDESC was the fundamental building block of his methodological approach. The total population covered 23 families of small farms of seven municipalities in the countryside of Rio Grande do Sul, all involved in dairy activity. Evaluations were performed to determine the postural health. Deviations were detected, as well as abnormalities and asymmetries in the spine, upper and lower limbs of workers, in pain and physical discomfort in several body segments. We started

a health education program, using, among other things, conversation circles, teaching workshops and regular practice of labor kinesiotherapy. We realize the need to carry out actions in order to install and / or modify personal behavior regarding inadequate movements and body postures. The practice of daily labor kinesiotherapy and holding of pedagogical education and health workshops promoted a greater postural awareness, with relief from painful symptoms of dairy farmers, caused by wear and incorrect postures in the day-to-day of the field. We note, at the end of the study, the reformulation of the perception of postural health of rural families, reinforcing the role of prevention and promotion of individual and collective health.

Keywords: Rural workers. Rural health. Health education.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Estudos destacam a importância da atividade leiteira na sustentabilidade das propriedades agrícolas familiares, no autoconsumo e, principalmente, na geração de renda familiar¹.

A atividade leiteira, como as demais atividades do setor agrícola, possui características que lhe são peculiares, e se realizada inadequadamente apresenta incidência de muitos riscos à saúde postural dos trabalhadores², como lesões por esforços repetitivos e desvios posturais da coluna vertebral e membros.

Percebe-se que os estudos epidemiológicos têm indicado que o trabalho agrícola (mais especificamente a atividade da ordenha) compreende

uma ocupação de alto risco com relação aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), pois a maior parte do trabalho está associada com levantamento e transporte de carga pesada, adoção de posturas inadequadas e uma exposição a vibrações de ferramentas. Além disso, o trabalho agrícola possui movimentos repetitivos, particularmente durante a ordenha, e a organização do trabalho e equipamentos são muitas vezes tradicionais em seus projetos³.

A atividade leiteira rural está frequentemente associada a queixas relacionadas com dores em segmentos da coluna vertebral e membros, essas queixas impactam na produtividade do sujeito que, na maioria, diminui sua produtividade⁴.

Os produtores de leite têm pouco ou nenhum tempo livre para se ocuparem com outras atividades que não as profissionais. Ademais, a atividade de ordenha é apenas uma das atividades envolvidas no trabalho agrícola, pois muitos agricultores também desenvolvem outras atividades paralelas na propriedade rural a fim de aumentar a renda e utilizar os espaços e recursos existentes. Essa alta rotatividade de atividades desenvolvidas no trabalho agrícola acaba por provocar desgaste constante no produtor, interferindo, assim, na sua qualidade de vida².

Promover saúde do trabalhador rural na atividade leiteira é colaborar para desenvolver ações que supram as necessidades sociais em saúde. Sabe-se que os condicionantes do processo saúde-adoecimento possuem relação com a forma de produção, com o trabalho e com a situação social. Dessa forma, intervenções que ampliem a visão de centralizar-se somente nos sintomas para focalizar mais as necessidades de saúde e seus determinantes são formas de promoção da saúde⁵.

Este relato de experiência teve como objetivo geral desenvolver ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde postural dos trabalhadores rurais na atividade leiteira. Para tal, seguiu os seguintes objetivos específicos: reconhecer as principais queixas de desconfortos e/ou dores nas partes do corpo; detectar e quantificar problemas posturais; orientar exercícios de alongamentos — Cinesioterapia Laboral, a serem realizados diariamente; construir ações de educação e saúde, visando à melhora da saúde postural; contribuir para a adoção de posturas corretas gerais e específicas, individuais e familiares.

Conhecer e criar condições saudáveis à saúde postural dos trabalhadores rurais envolvidos na ordenha é uma realidade e necessidade primordial, uma vez que a diminuição de sua produção resulta em um forte impacto econômico em nosso país⁶.

A prevalência de postura inadequada desses trabalhadores, mantida por longo tempo, durante a jornada de trabalho, pode predispor ao quadro de dor e desconforto, impossibilitando, muitas vezes, a atuação efetiva do trabalhador e podendo levar a acidentes físicos⁷.

Seguimos o recomendado pelo Ministério da Saúde, quando orienta que o papel do profissional não é somente de repassar as informações, mas também de estimular a problematização, fazendo com que o paciente se torne sujeito da ação, promovendo autonomia e autocuidado. Para isso, é importante que as metas sejam pactuadas, de comum acordo, entendendo que cada indivíduo apresenta diferentes barreiras, mudança de comportamentos e que metas fáceis para alguns podem ser desafiadoras para outros⁸.

Justificamos, também, a realização desta pesquisa em virtude

da solicitação pelo Grupo de Trabalho da temática social no Programa Rede Leite – GT Social da UNICRUZ, na linha de pesquisa Saúde e Qualidade de Vida. Esse problema de pesquisa foi uma das demandas levantadas nas reuniões microrregionais pelos colegas extensionistas. Acreditam eles que o resultado desta pesquisa auxiliará o grupo a analisar problemas, causas, consequências e também a construir propostas de atuação que venham a solucionar e/ou atenuar situações hoje enfrentadas pelas famílias rurais.

Para o atendimento à Resolução 196/1996, denominada Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o projeto teve a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ: CAAE-30992714.8.0000.5322.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A população do estudo totaliza 23 produtores, de pequenas propriedades rurais de 7 municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul (Cruz Alta, Boa Vista do Incra, Fortaleza dos Valos, Pejuçara, Santa Bárbara do Sul, Boa Vista do Cadeado e Catuípe), vinculadas à EMATER – Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural, estando relacionados diretamente com a produção leiteira.

Foram critérios de inclusão: ser trabalhadores rurais, do gênero masculino e/ou feminino, que trabalham na atividade leiteira há mais de 10 anos, pertencentes a famílias vinculadas às Unidades de Observação (UOs). A seleção foi feita pelos técnicos extensionistas da EMATER de cada município participante.

Metodologias ativas foram o viés condutor de todas as atividades que tiveram como objetivo desenvolver ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde postural dos trabalhadores rurais na atividade leiteira, visando uma integralidade na atenção, com vistas à melhoria da saúde postural e consequente qualidade de vida.

Aprimeira intervenção, realizada no mês de fevereiro de 2015, foi a avaliação inicial no Laboratório de Fisioterapia no Campus da Universidade de Cruz Alta/Unicruz, realizada pelos alunos bolsistas PIBIC, pesquisadores da UNICRUZ (Universidade de Cruz Alta – Centro de Ciências da Saúde e Agrárias – CCSA) e da UDESC (Universidade do Estado de Santa Catarina – Laboratório de Instrumentação – LABIM/CEFID). Foram realizados os seguintes procedimentos:

1º) Avaliação postural com fotogrametria digital visando detectar desvios, anormalidades e assimetrias (utilização das marcações anatômicas (C7, T3, T7, T12, L3 e L5)⁹.

2º) Aplicação do protocolo de Avaliação de Desconforto nas Partes do Corpo (DPC) de Corlett e Manenica, 1980 – modificado¹⁰.

3º) Aplicação do Questionário do Trabalhador adaptado de Moraes, 2002, constituído de questões fechadas e abertas, que tem como objetivo levantar dados específicos, dados pessoais e as condições de trabalho¹¹.

4º) Aplicação do Flexiteste, avaliando a flexibilidade de cada articulação de forma passiva máxima por meio de 20 movimentos, e do teste de Wells e Dillon, para medida linear de “sentar e alcançar”¹².

5º) Exame da força de preensão manual com dinamômetro digital¹³.

Iniciamos um programa de educação em saúde, utilizando, entre outras coisas, rodas de conversa e oficinas pedagógicas. Também foi

implantado, durante os meses de março a maio de 2015, com o grupo pesquisado, um Programa de Cinesioterapia Laboral planejado, orientado e supervisionado, visando buscar, além dos benefícios físicos em si (respiração, alongamento muscular, melhor oxigenação e circulação sanguínea), momentos de descontração e um desligamento momentâneo dos problemas e posturas exigidas pelo trabalho. O grupo vivenciou atividades buscando bem-estar, saúde e qualidade de vida⁶.

Foram realizadas quatro Oficinas Pedagógicas de Educação e Saúde com os produtores de leite participantes do estudo e com os extensionistas da EMATER de cada município. Os encontros aconteceram no Laboratório de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ, tiveram a duração de quatro horas cada um e a frequência quinzenal, envolvendo os seguintes temas:

1º) Esclarecimentos para os trabalhadores envolvidos na atividade leiteira dos objetivos do estudo do qual está participando, ressaltando os possíveis benefícios da atividade de cinesioterapia para a saúde e qualidade de vida. Entrega de cartilha explicativa, com ilustrações das atividades e alongamentos que foram realizados no período de março a maio de 2015, no domicílio pelos participantes.

2º) Reflexão e discussão sobre o tema: “Viva bem com a coluna que você tem!”. De forma lúdica, estudamos juntos a anatomia e fisiologia da coluna vertebral e membros (superiores e inferiores) e as consequências e riscos de adotar uma má postura.

3º) Buscando construir um entendimento sobre a importância da participação de todo cidadão no controle social para construção da integralidade à saúde, entregamos a cartilha das diretrizes do Sistema Único de Saúde

(SUS) que aborda os direitos e deveres dos cidadãos referentes à sua saúde e bem-estar psíquico e físico e realizamos uma roda de conversa com atividades de dança e construção de painéis sobre o assunto.

4º) Oficina pedagógica: “Desvendando e entendendo a Ergonomia no ambiente de trabalho do produtor de leite”, salientando as necessidades a serem adquiridas para um maior conforto e proteção à coluna vertebral e ressaltando o que já possuem e que deve ser mantido para sua comodidade no trabalho.

Durante os três meses (março a maio de 2015) de atividades com os trabalhadores e extensionistas da EMATER — prática de cinesioterapia laboral e encontros pedagógicos —, o grupo de pesquisadores realizou visitas nas propriedades rurais, nas diferentes cidades dos sujeitos participantes desse estudo. Dessa forma, foi possível compreender a realidade do dia a dia de trabalho e necessidades para uma melhor saúde desses indivíduos, reforçando sempre a ideia da realização das atividades laborais propostas desde o primeiro encontro.

Orientação e supervisão de exercícios, a cinesioterapia foi realizada de forma global, com exercícios de aquecimento, alongamento geral e exercícios específicos para MMSS e MMII, sendo estes realizados todos os dias da semana.

A avaliação final, nos dias 27 e 28 de maio de 2015, foi no Laboratório de Fisioterapia no Campus da Universidade de Cruz Alta/Unicruz, realizada pelos pesquisadores da l'université d'Auvergne — IUT, Clermont Ferrand/França; da Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina — UDESC, Laboratório de Instrumentação — LABIN — Centro de Ciências da Saúde e do Esporte —

CEFID e Universidade de Cruz Alta — Centro de Ciências da saúde e Agrárias — CCSA, Curso de Fisioterapia.

Nessa avaliação final, foram replicados os mesmos procedimentos utilizados e descritos na avaliação inicial, que foi realizada individualmente com cada trabalhador.

IMPACTOS

Por meio das avaliações iniciais realizadas, foram detectados desvios, anormalidades e assimetrias na coluna vertebral, membros superiores e inferiores, dores e desconfortos em vários segmentos corporais, encurtamentos e diminuição da flexibilidade da musculatura dos trabalhadores rurais na atividade leiteira; ficando evidente a associação entre a dor muscular e esforço motor excessivo realizado por estes trabalhadores.

Percebemos a necessidade da realização de ações com o objetivo de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais em relação aos movimentos e posturas corporais inadequadas.

Constatamos, ao final do estudo, a reformulação da percepção de saúde postural das famílias rurais, reforçando o papel da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva. A qualidade de vida, definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence⁶, foi influenciada de forma benéfica.

Podemos perceber também, analisando o resultado desses dados, que a reflexão e o debate sobre temas relacionados com a saúde, qualidade

de vida, ergonomia, entre outros, e a prática regular de exercícios no ambiente de trabalho melhorou a autoimagem, proporcionou redução das dores, redução do estresse e alívio das tensões, vindo ao encontro do referendado por Godim¹⁴ quando cita como benefícios os seguintes itens: melhora do relacionamento interpessoal, maior resistência à fadiga central e periférica, aumento da disposição e motivação para o trabalho, melhoria da saúde física, mental e espiritual.

As oficinas pedagógicas de educação em saúde foram um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados com os modos como cada trabalhador concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais.

Os trabalhadores rurais que atuam na atividade leiteira convivem com seus problemas posturais diariamente por longo tempo ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informados sobre suas condições, motivados a lidar com elas e adequadamente capacitados para, com medidas preventivas, melhorarem sua qualidade de vida. Precisam compreender sua realidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados com esse projeto foram menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades.

Ficou evidente que as atividades laborais e as oficinas pedagógicas proporcionaram relevante melhora das dores e desconfortos dos produtores leiteiros, fazendo com que eles possam realizar suas AVDs com mais habilidade e disposição, possibilitando que os agricultores tenham disposição para momentos de lazer, com uma vida com mais vitalidade.

Ao participar das oficinas pedagógicas e receber orientações dos exercícios físicos que deveriam realizar no dia a dia, os produtores se encarregaram de passar aos familiares, vizinhos e amigos os novos aprendizados para que estes também pudessem usufruir dos benefícios de um momento voltado ao seu bem-estar. A cada visita realizada nas propriedades rurais, percebemos que o empenho dos agricultores em praticar os exercícios era bem significativo, sendo que alguns relataram fazer praticamente uma mobilização com a família para passar os novos conhecimentos adquiridos.

A qualidade de vida dos produtores leiteiros e o conhecimento que a eles foi repassado estão totalmente ligados, pelo fato de, após nossas intervenções, eles começarem a ter um olhar diferenciado do cotidiano em que vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir conhecimentos sobre a integralidade na atenção à saúde postural de trabalhadores rurais na atividade leiteira, com a prática de cinesioterapia laboral diária, pode não trazer modificações dos desvios e/ou anormalidades posturais da coluna vertebral e/ou membros (superiores e inferiores). Contudo podemos constatar, por intermédio deste estudo, que oficinas pedagógicas de educação em saúde, prática de exercícios terapêuticos e alongamentos trazem benefícios para a flexibilização do tronco e membros e alívio da sintomatologia dolorosa, causadas por desgastes e posturas incorretas adotadas no dia a dia do trabalhador rural, durante anos exercendo a profissão.

Os resultados deste estudo apontam que pequenas adequações do ambiente de trabalho e da forma como os trabalhadores desenvolvem as suas atividades motoras e a realização de um programa cinesioterapêutico podem reduzir significativamente a presença de dores e desconfortos corporais, trazendo assim mais qualidade de vida para eles.

É necessário promover qualidade e efetividade na promoção e proteção da saúde desses trabalhadores, para que eles possam ter um melhor desempenho em suas atividades e que

possam desfrutar dos momentos de distração com mais prazer.

Dessa forma, reforçamos a importância de vivenciar com os trabalhadores rurais na atividade leiteira ações embasadas em uma ampla noção de saúde, com conceitos que acumulam uma variedade de significados, que possam ser produzidos e negociados em diversos contextos socioculturais e familiares e que levem a construção da integralidade em saúde para esse grupo.

REFERÊNCIAS

1. Ulbricht L, Gontijo LA, Stadnik AMW. Work-related Musculoskeletal Disorders and Their Risk Factors: Exclusive urban pathology? In: ICIEOM - XVI International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, 2010, São Carlos: ABEPRO, 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_ti_st_116_761_15445.pdf
2. Santos Filho JC. Estratégias de organização do trabalho na atividade leiteira em propriedades de agricultura familiar. 2009. 51 f. Dissertação (Mestrado em Zootecnia) – Programa de Pós-Graduação em Zootecnia, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2009. Disponível em: <http://sites.uem.br/ppz/trabalhos-de-conclusao/dissertacoes/2009/joel-carneiro-dos-santos-filho>
3. Tonial A. Avaliação da Prevalência, Perfil e Sintomatologia dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em Membros Superiores nos Ordenhadores da Grande Florianópolis. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87711/224433%20.pdf?sequence=1>.
4. Sehnem E. As relações das posturas corporais e idosos e o histórico no trabalho rural. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Ambiente e Desenvolvimento do Centro Universitário UNIVATES. Lajeado, 2011. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/242/1/EduardoSehnem.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília:DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf.
6. Ulbricht L. Fatores de Risco Associados à Incidência dos DORT entre Ordenhadores em Santa Catarina. Florianópolis. 2003. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC. Florianópolis. 2003. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_bb7f58b99aa0a965634bb9c72886a4f7
7. Figueiredo F, Mont'Alvão C. Ginástica laboral e Ergonomia. Rio de Janeiro: Sprint, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000106&pid=S0101-3289201100030001200009&lng=pt
8. Brasil. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Plano mais pecuária / Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Assessoria de Ação Estratégica. Brasília: MAPA/ACS, 2014. 32 p. Disponível em: http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/MAIS_PECUARIA.pdf
9. Silva L, Chaves TB, Roch MAM, Carvalho TGML, Borges Junior NG. Pontos de marcação anatômica vertebral e os programas utilizados na biofotogrametria: uma revisão sistemática. Revista Biomotriz, V.9, n1 - julho/2015. Cruz Alta, 2015. Disponível em: <http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/BIOMOTRIZ/issue/view/33/showToc>.
10. Corlett EN, Manenica I. The effects and measurement of working postures. Applied Ergonomics, Trondheim, v. 11, n. 1, p. 7-16, march. 1980. Disponível em: www.producaoonline.org.br/rpo/article/download/589/634.
11. Moraes LFS. Os princípios das cadeias musculares na avaliação dos desconfortos corporais e constrangimentos posturais em motoristas do transporte coletivo. Dissertação de pós-graduação em engenharia de produção. 2002. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/8797.pdf>.
12. Araújo CGS. Avaliação da Flexibilidade: Valores Normativos do Flexiteste dos 5 aos 91 Anos de Idade. Arq Bras Cardiol 2008; 90(4): 280-287. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n4/v90n4a08.pdf>.
13. Dias JÁ, Ovando AC, Külkamp W, Borges Junior NG. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano, 2010, 12(3):209-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v12n3/a11v12n3>.
14. Gondim KM, Miranda MDC, Guimarães JMX. Avaliação da Prática de Ginástica Laboral pelos funcionários de um hospital público. Revista Rene, Fortaleza, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_10.html

CAMINHOS PARA O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ANALISANDO A CONVERGÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Francéli Francki dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A dissertação propõe a discussão acerca da participação dos tutores no Projeto Caminhos do Cuidado – Formação em crack, álcool e outras drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e a contribuição da formação em Saúde Mental para a vida profissional desses tutores. Por meio dessa discussão, a autora analisou as mudanças possíveis de acontecer na Saúde Mental e Atenção Básica a partir do processo de trabalho dos tutores como resultado dessas novas aprendizagens. Para embasar a discussão, foi realizado um resgate histórico relativo às políticas sobre drogas até a atual política de formação incentivada pelo Ministério da Saúde. Dentro desse referencial teórico, foi destinado um capítulo à discussão da saúde mental na atenção básica e à caracterização do cenário das ações voltadas aos usuários de álcool e drogas na atenção básica, por meio dos dados dos dois ciclos do PMAQ-AB. Esses dados foram analisados de acordo com a estatística descritiva por intermédio do software Spss. A participação dos tutores foi analisada conforme banco de dados secundários, organizado a partir de formulários preenchidos por eles como dispositivo de avaliação do Projeto. Do total de 890 questionários preenchidos, foram analisadas três questões abertas. Para a organização e análise dos dados qualitativos, optou-se pela Análise de Conteúdo, sendo operacionalizada por meio da categorização temática com apoio do Software NVivo 10. Ao analisar os dados do PMAQ-AB, ficou evidente a necessidade de ações de saúde na Atenção

Básica voltadas aos usuários de álcool e drogas. Partindo dessa constatação e das falas dos tutores, evidenciou-se que o Projeto Caminhos do Cuidado se mostrou como potente ferramenta de mudanças das práticas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. Para a análise dos efeitos do Projeto Caminhos do Cuidado nos sistemas locais de saúde, serão necessários estudos envolvendo outros atores. Todavia, é possível afirmar que a formação recebida pelos tutores se mostrou capaz de transformar a imagem de receio e preconceito em relação aos usuários de álcool e drogas, essa mudança possibilitou novas formas de cuidado e a compreensão da Atenção Básica como espaço privilegiado para esse cuidado. O espaço de Educação Permanente em Saúde proporcionado pelo Projeto possibilitou o acúmulo de novas aprendizagens, potencializado pela metodologia problematizadora, sendo a temática da Redução de Danos a mais citada entre os tutores.

Palavras-chave: Crack, álcool e outras drogas; ACS. PMAQ-AB. Atenção Básica. Caminhos do Cuidado.

EFICÁCIA ANALGÉSICA DA ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA CEREBRAL E PERIFÉRICA NA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA: ENSAIO CLÍNICO ALEATORIZADO, DUPLO-CEGO, FATORIAL

Fuad Ahmad Hazime

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Maria Amado João
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo

Recentes evidências sugerem que a dor lombar crônica está associada a alterações plásticas no cérebro, que podem ser modificadas por estratégias de neuromodulação. Neste ensaio clínico, investigamos a eficácia analgésica de 12 sessões não consecutivas de estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC), estimulação elétrica periférica (EEP), ETCC+EEP e estimulação simulada (*sham*) em 92 pacientes com dor lombar crônica inespecífica. A intensidade, aspecto sensorial e afetivo da dor, incapacidade e percepção global de recuperação foram avaliadas antes do tratamento e quatro semanas, três e seis meses pós-randomização. Efeitos adversos, satisfação do paciente com o tratamento e fatores de confusão como ansiedade e depressão também foram avaliados. Os resultados demonstraram efeitos analgésicos clinicamente importantes da ETCC+EEP (MD = -2.6, IC95% = -4.4 a -0.9) e EEP isolada (MD = -2.2, IC95% = -3.9 a -0.4) comparada ao grupo sham, mas não da ETCC isolada (MD = -1.7, IC95% = -3.4 a -0.0). Além da manutenção do efeito analgésico por até três meses, a ETCC+EEP obteve maior proporção de respondedores em diferentes pontos de corte. Os resultados sugerem que tanto a ETCC+EEP quanto EEP isolada são eficazes em curto prazo para o alívio da dor lombar crônica inespecífica. No entanto, o efeito analgésico mais duradouro aliado a maior proporção de respondedores indicam um possível efeito aditivo e sinérgico da ETCC+EEP no alívio da dor em pacientes com dor lombar crônica não específica. Os nossos resultados não apoiam o uso da ETCC no regime de tratamento utilizado.

Palavras-chave: Dor lombar. Dor crônica. Sensibilização central. Estimulação elétrica nervosa transcutânea. Estimulação transcraniana por corrente contínua. Ensaio clínico controlado randomizado.