



Cadernos de  
**Educação, Saúde  
e Fisioterapia.**

Edição 2017/2, v.4, n.8



**ABENFISIO**

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

# Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

## EDITORES CHEFES

Vera Maria da Rocha

Arthur de Almeida Medeiros

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

## CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Albert Schiaveto Souca, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Alcindo Antonio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Alessandro Diogo De-Carli, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Alex Branco Fraga, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Alexandre Simões Dias, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Aline Guerra Aquilante, Brasil  
Ana Carolina Basso Schmitt, Universidade de São Paulo  
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  
Celita Salmaso Trelha, Universidade Estadual de Londrina  
Cervantes Caporossi, Universidade Federal de Mato Grosso  
Cleusa Santos, Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Denise Bueno, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Dirce Shizuko Fujisawa, Universidade Estadual de Londrina  
Elias Nasralla Neto, Universidade de Cuiabá  
Emerson Elias Merhy, Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Francisco Barbosa, Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
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  
Juliana Veiga Cavalcanti, Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Julio César Schweickardt, FIOCRUZ Amazonas  
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Universidade Federal da Paraíba  
Laura Serrant Green, University of Wolverhampton, Inglaterra  
Lílian Lira Lisboa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Luciana Carrupt Machado Sogame, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Marco Akerman, Universidade Federal de Santa Maria  
Maria Alice Junqueira Caldas, Universidade Federal de Juiz de Fora  
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  
Renata Hydee Hasue, Universidade de São Paulo  
Vera Maria da Rocha, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA

Manuela Lagos Leite  
Wanderson Ferreira da Silva

## REVISOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA

Ana Luísa Moreira Nicolino  
Wanderson Ferreira da Silva

## DIAGRAMAÇÃO

Demétrio Rocha Pereira

## BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL

Jacira Gil Bernardes

## COMISSÃO EXECUTIVA EDITORIAL

Janaina Matheus Collar  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
João Beccon de Almeida Neto  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## PUBLICAÇÃO

editora



redeunida

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO

<http://abenfisio.com.br/>

ISSN: 2358-8306

# SUMÁRIO

EDITORIAL	5
ARTIGO ORIGINAL	7
<b>AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SETOR DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA NA CLÍNICA DA FACULDADE ANHANGUERA DE TAUBATÉ</b> Liliane de Faria Marcon, Bruna Stefanie Lopes da Silva, Juliana de Oliveira Ribeiro	
<b>RESOLUTIVIDADE DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (AB): A PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS</b> Ana Jéssica de Lima, Natália Rennó Lemes Aley, Geraldo Eduardo Guedes de Britto, Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, Silvia Lanzotti Azevedo da Silva	14
<b>A INFLUÊNCIA DO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO ACADÊMICO DE FISIOTERAPIA</b> Ivana Barbosa Matos, Rosângela Silva dos Santos, Márcio Costa de Souza, Marcelo Peixoto Souza, Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel	23
<b>A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FISIOTERAPIA NEUROPEDIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ASPECTOS DA PRÁTICA CLÍNICA E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL</b> Miriam Ribeiro Calheiros de Sá, Carla Trevisan Martins Ribeiro, Adelino Furtado Madureira, Maria Fernanda Negreiros Vieira, Nicolette Celani Cavalcanti, Paula de Almeida Thomazinho, Fabiano Luiz dos Santos	31
RELATO DE EXPERIÊNCIA	41
<b>O CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS POR ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL</b> Elisete Cristina Krabbe, Tatiana Medina Sturzenegger, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Graziela Alebrant Mendes	
<b>IMPLANTAÇÃO DE UMA NOVA PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> Adriane Pires Batiston, Laís Alves de Souza Bonilha, Fernando Pierette Ferrari, Arthur de Almeida Medeiros, Clayton Duenha, Suelly Grosseman, Roberto Zonato Esteves	48
RESUMO DE DISSERTAÇÃO	56
<b>ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM A PRESENÇA DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES E COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b> Lara Andrade Souza	
RESUMO DE TESE	57
<b>PESSOAS ACAMADAS SOB O CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE CAMPO GRANDE/MS: PREVALÊNCIA, AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SOBRECARGA DOS CUIDADORES</b> Arthur de Almeida Medeiros	



# EDITORIAL

**Dirce Shizuko Fujisawa**

Universidade Estadual de Londrina

Como o tempo passa rápido, parece que foi há pouco que foi lançada a proposta de uma revista, que tivesse como foco a fisioterapia em sua pluralidade, ou seja, todos os aspectos envolvidos, atuação em todos os âmbitos e níveis da saúde, processo ensino e aprendizagem, questões humanísticas e sociais e aquelas pertinentes a profissão. Além disso, abrir a possibilidade para a publicação dos estudos qualitativos. O desafio daqueles que se propuseram a levar em frente essa idéia, elaborar o primeiro número (nascimento), manter a proposta adiante com os números seguintes (sobrevivência), alcançar novos indicadores e assim, aumentar a sua qualificação (crescimento e fortalecimento) e estabelecer-se como periódico renomado (maioridade). Que árduo para aqueles que abraçaram essa causa!

Agora, **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia** já está em seu quarto ano, volume 4, número 8, que conta com cinco artigos originais e um relato de experiência, dois resumos, de dissertação e tese. Destaca-se que, em relação à metodologia de pesquisa científica dos artigos originais, dois são quantitativos, dois qualitativos e um quanti-qualitativo. Os artigos têm origem em diferentes estados do país, contemplando as regiões sul, sudeste, centro-oeste e nordeste, que demonstra sua abrangência nacional.

A formação de fisioterapeutas é um tema que está presente, traz a questão da importância do estágio, visto que “aproxima o mundo da formação do

mundo do trabalho”, como dizem Batiston e colaboradores, em suas diferentes nuances. O artigo “A influência do estágio extracurricular na construção do conhecimento do acadêmico de fisioterapia” apresenta as fragilidades, as diferenças e as contribuições do estágio extracurricular, a partir do relato de estudantes de fisioterapia. Já a “Implantação de uma nova proposta pedagógica para o estágio supervisionado em fisioterapia na atenção básica: relato de experiência”, compartilha seu processo de construção, não acidental, mas essencialmente pensada e planejada em todas as suas fases, e representa uma forma de desenvolver o estágio na área, que pode ser referência para outras realidades.

O artigo “O consumo de álcool, tabaco e outras drogas por alunos de uma escola pública do interior do RS” aborda problema atual e de extrema relevância na saúde pública brasileira. O estudo mostra dados alarmantes, alto índice de experiência com a ingestão de álcool pelos estudantes avaliados, e menores índices com o tabaco e drogas. Por outro lado, o estudo aponta para as ações preventivas em conjunto, interdisciplinar, por profissionais da área da saúde educação.

A avaliação do serviço deve ser uma premissa constante, principalmente em como se reflete na vida dos usuários, nesse sentido, o estudo “Avaliação do índice de satisfação e qualidade de vida dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia cardiorrespirató-

ria na clínica da Faculdade Anhanguera de Taubaté” aborda o índice de satisfação e a qualidade de vida dos pacientes atendidos em uma clínica escola. A “Resolutividade da fisioterapia na Atenção Básica à saúde (AB): a percepção de fisioterapeutas” traz a avaliação daquele que desenvolve o cuidado, ainda, a metodologia permite a reflexão do fisioterapeuta participante no estudo sobre suas próprias ações. Já o estudo “A rede de atenção especializada em fisioterapia neuropediátrica do estado do Rio de Janeiro: aspectos da prática clínica e capacitação profissional” traz informações sobre o serviço e as instituições e o perfil profissional, visto serem aspectos importantes para a gestão e o aprimoramento do cuidado.

Finalmente, os resumos, uma de dissertação e outra de tese, discutem o cuidado sob diferentes perspectivas, de quem cuida e de quem é cuidado. O resumo da dissertação “Associação do nível de atividade física com a presença de sintomas osteomusculares e com a capacidade para o trabalho em profissionais de enfermagem” aponta que a prevalência dos sintomas osteomusculares é alta, porém apresentam boa capacidade para o trabalho e são considerados ativos quanto a atividade física. O resumo da tese “Pessoas acamadas sob o cuidado das equipes de saúde da família no distrito sanitário norte de Campo Grande/MS: prevalência, avaliação do acesso aos serviços de saúde, independência funcional e sobrecarga dos cuidadores” indica a necessidade urgente de (re)estruturação da rede de atenção aos usuários acamados e de reorganização do processo de trabalho e a ampliação do olhar para o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários acamados e de seus cuidadores. Assim, ambos mostram que é preciso refletir sobre o cuidado, visto que implica em auto-cuidado e olhar para quem recebe o cuidado e o seu cuidador.

Boa leitura a todos!

Parabéns a todos os envolvidos, direta e indiretamente, na elaboração de mais esse número!

# **AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SETOR DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA NA CLÍNICA DA FACULDADE ANHANGUERA DE TAUBATÉ**

EVALUATION OF SATISFACTION RATE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS TREATED IN THE CARDIORESPIRATORY PHYSIOTHERAPY SECTOR IN THE CLINIC OF THE ANHANGUERA COLLEGE OF TAUBATÉ

## **Liliane de Faria Marcon**

Curso de Fisioterapia  
Faculdade Anhaguera de Taubaté  
e São José dos Campos

## **Bruna Stefanie Lopes da Silva**

## **Juliana de Oliveira Ribeiro**

Curso de Fisioterapia  
Faculdade Anhaguera de Taubaté

## **Contato**

Liliane de Faria Marcon  
Av. Dr. José Olegário de Barros, 46/58  
Vila Nossa Senhora das Graças  
Taubaté-SP  
CEP: 12060-400  
E-mail: liliane.marcon@usp.br

## **RESUMO**

**Introdução:** A Reabilitação cardiopulmonar e metabólica é um programa multiprofissional que visa ao desenvolvimento e à manutenção do condicionamento físico, social e psicológico, incluindo treinamento físico, educação, fisioterapia funcional e respiratória e apoio psicossocial. É uma forma de melhorar a terapia padrão, controlando e aliviando sintomas e aperfeiçoando sua capacidade funcional. A avaliação dos resultados obtidos com os serviços prestados é muito importante para estabelecer novas metas e melhorias, ainda mais em serviços de clínica escola. **Objetivo:** Analisou-se o índice de satisfação e qualidade de vida dos pacientes tratados no setor de fisioterapia cardiorrespiratória da Clínica Escola de Taubaté. **Métodos:** Foram aplicados dois questionários aos voluntários:

um semiestruturado, que avaliou a satisfação dos pacientes, e o SF-36, que avaliou qualidade de vida.

**Resultados:** Dos participantes, 52% eram do sexo masculino, e os diagnósticos clínicos mais presentes foram hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica. A satisfação com o serviço prestado foi avaliado como “Muito Bom” e “Bom” em 100% dos casos. Das médias de qualidade de vida, os aspectos sociais e de condição geral de saúde foram os mais bem avaliados, no entanto, limitações por aspectos emocionais e vitalidade foram os que menos pontuaram. **Conclusão:** O trabalho demonstrou que o serviço oferecido foi avaliado como com alta qualidade pelos usuários; ademais, verificou-se que o impacto social foi o de maior influência.

**Palavras-chave:** Satisfação do Paciente, Reabilitação, Exercícios Respiratórios.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cardiopulmonary and metabolic rehabilitation is a multiprofessional program that aims at the development and maintenance of physical, social and psychological conditioning, including physical training, education, functional and respiratory physiotherapy and psychosocial support. It is a way to improve standard therapy by controlling and alleviating symptoms and improving functional capacity. The evaluation of the results obtained with the services provided is very important to establish new goals and betterments, specially in school clinic services. **Objective:** To analyze the satisfaction index and quality of life of the patients treated in the cardiorespiratory physiotherapy sector of the Clinic School of Taubaté. **Methods:** Two questionnaires were conducted with

the volunteers, a semi-structured questionnaire that evaluated patient satisfaction and the SF-36 evaluating quality of life. **Results:** Of all participants, 52% were male and the most frequent clinical diagnoses were systemic arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease. Satisfaction with the service provided was evaluated as "very good" and "good" in 100% of cases. Of the averages of quality of life, the social aspects and general health condition were the best evaluated and limitations due to emotional aspects and vitality were the ones that scored the least. **Conclusion:** the study demonstrated that the service offered was rated as high quality by the users and it was verified that the social impact was the one with the greatest influence.

**Keywords:** Patient Satisfaction. Rehabilitation. Breathing Exercises.

## INTRODUÇÃO

A fisioterapia tem se tornado uma ferramenta fundamental na vida de muitos pacientes, contribuindo significativamente para um melhor prognóstico<sup>1-2</sup>. Por meio dela, muitos pacientes têm encontrado um meio para uma melhora em sua qualidade de vida, em seus sintomas, para ganhar condicionamento físico e, assim, voltar a suas atividades, que até então não mais realizavam devido a suas limitações<sup>3-5</sup>.

No setor de Fisioterapia Cardiorrespiratória, a Reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM) é uma forma de melhorar a terapia padrão. A reabilitação inclui o treinamento físico, educação, fisioterapia funcional e respiratória, bem como apoio psicossocial, aperfeiçoando a capacidade funcional do paciente, gerando condicionamento físico, alívio de sintomas e maior espaçamento entre crises, além de trazer benefícios à vida desses pacientes, para realizar desde as atividades mais simples do dia a dia até atividades esportivas<sup>6-8</sup>.

Devido aos maus hábitos de vida, a incidência de doenças crônicas vem aumentando no Brasil e no mundo. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já recomendava que portadores de doenças cardiovasculares deveriam ser encaminhados para programas de reabilitação, sendo considerado incompleto o tratamento realizado apenas com medicamentos<sup>9-10</sup>.

A análise de satisfação do cliente nesses estabelecimentos deve ser vista de forma multidimensional, ou seja, em todos os aspectos da assistência<sup>11</sup>; incluindo desde o acesso ao serviço, como a estrutura física, acolhimento, confiança, a relação entre profissional-paciente, até o ponto de maior importância: o

nível de melhoria no condicionamento físico e na qualidade de vida dos pacientes atendidos no setor<sup>12</sup>.

Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a satisfação dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia cardiorrespiratória da Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Anhanguera de Taubaté, levantar os pontos de maior e menor pontuação do índice da qualidade do serviço prestado e identificar as áreas de menor e maior pontuação no quesito de qualidade de vida.

## MÉTODO

Este artigo é um estudo do tipo observacional/descritivo, transversal, quantitativo e qualitativo, com variáveis independentes, cujos dados foram obtidos por meio de amostra de conveniência.

A pesquisa foi realizada com 27 pacientes do setor de fisioterapia cardiorrespiratória, da Clínica Escola da Faculdade Anhanguera de Taubaté – Unidade Vila das Graças, com o parecer nº 1.090.063 de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Como critérios de inclusão, foram definidos: usuários de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos os indivíduos com déficit cognitivo e pacientes com menos de três meses de tratamento fisioterapêutico no setor.

Os voluntários incluídos receberam dois questionários para que pudessem ser respondidos em sua residência, com o objetivo de não interferir na sessão de fisioterapia nem se sentirem pressionados ao respondê-los.

O questionário semiestruturado de satisfação e qualidade do serviço<sup>11</sup> dispunha da identificação do paciente e de 17 questões alternativas, sendo utilizadas em algumas delas respostas Sim, Não e Indefere, e em outras, a escala tipo likert que classificava

em Muito Bom, Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim. As perguntas foram: 1. Como você avalia o atendimento prestado na recepção da Clínica de Fisioterapia?; 2. Você sente-se à vontade em ser atendido por acadêmicos?; 3. Esta foi sua primeira experiência com a fisioterapia?; 4. Você tem expectativas de melhora do seu quadro, mesmo sendo submetido a atendimento por acadêmicos?; 5. Quanto ao esclarecimento de suas dúvidas pelo acadêmico; 6. Quanto à atenção dada pelo acadêmico a suas queixas; 7. Quanto à segurança transmitida pelo acadêmico durante o tratamento; 8. Como é a sua relação com o acadêmico responsável por seu tratamento?; 9. Você acredita que a presença dos professores responsáveis nos atendimentos altera o modo de atendimento do acadêmico?; 10. Você está satisfeito com a presença dos professores responsáveis pelos acadêmicos?; 11. Os atendimentos são realizados de forma pontual?; 12. Como você considera os recursos disponíveis para tratamento?; 13. Quanto à limpeza, higiene e segurança dos equipamentos/materiais utilizados pelo fisioterapeuta, como você os considera?; 14. Os acadêmicos, professores e funcionários vestem-se de maneira adequada para o serviço que prestam?; 15. Apresentou melhora com o tratamento fisioterapêutico?; 16. Você retornaria para esta unidade se precisasse novamente de fisioterapia?; 17. Você recomendaria este serviço a familiares e amigos?

O questionário de qualidade de vida relacionado com a saúde utilizado foi o Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), que foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa<sup>13</sup>. Ele é composto por 36 perguntas que avaliam a percepção da doença pelo ponto de vista do próprio paciente. Dos 36 itens, 35 encontram-se dentro de 8 dimensões de saúde, que são: Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Para cada dimensão, os itens são pontuados, agrupados e transformados em uma escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde).

Após uma semana da entrega, os questionários foram recolhidos.

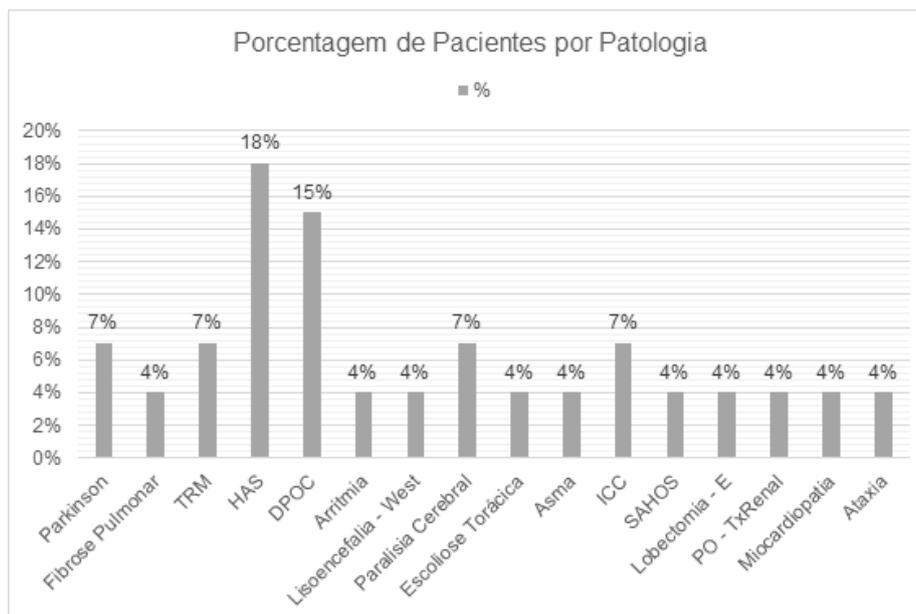
Os dados são apresentados por meio de análise descritivas, médias e desvio padrão para variáveis contínuas.

## RESULTADOS

Este trabalho foi realizado com uma amostra de 27 pacientes, sendo 52% do sexo masculino e 48% do sexo feminino, com idade de  $50,48 \pm 27,16$ .

As principais patologias atendidas no momento foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (18%) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (15%) (Gráfico 1).

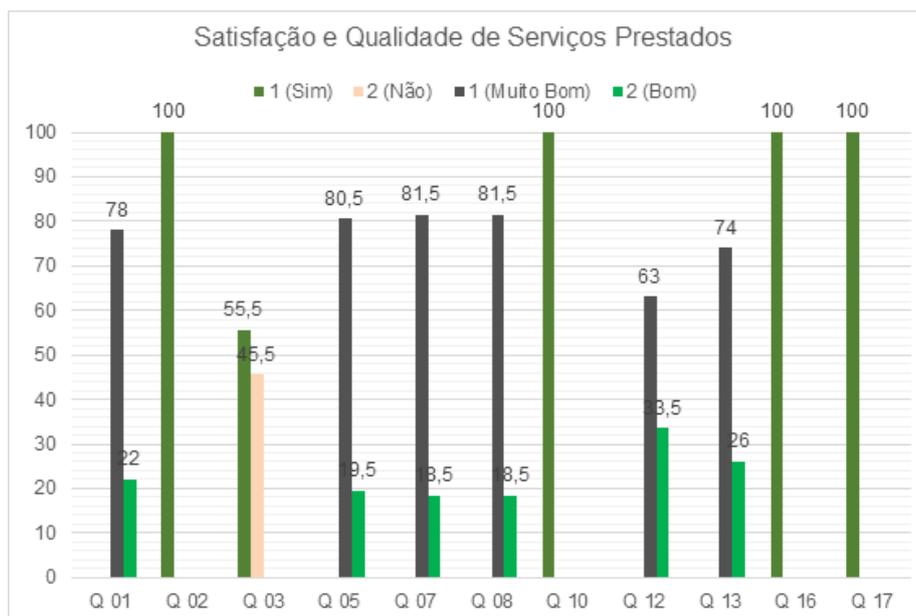
Gráfico 1. Porcentagem de pacientes por patologias



Por meio da aplicação do questionário de satisfação e qualidade de serviços prestados, foram observados os seguintes resultados:

- Como o paciente avalia o atendimento prestado na recepção da Clínica de Fisioterapia? – 78% responderam ser Muito Bom, 22% responderam ser Bom.
- Paciente se sente à vontade sendo atendido por acadêmicos? – 100% responderam Sim.
- Foi sua primeira experiência com a fisioterapia? – 55,5% responderam que Sim, 44,5% responderam que Não.
- Esclarecimento de dúvidas pelo fisioterapeuta – 80,5% responderam ser Muito Bom, 19,5% responderam ser Bom.
- A segurança transmitida pelo fisioterapeuta durante o tratamento – 81,5% responderam ser Muito Bom, 18,5% responderam ser Bom.
- Relação do paciente com o acadêmico responsável – 81,5% responderam ser Muito Bom, 18,5% responderam ser Bom.
- Está satisfeito (a) com a presença dos professores responsáveis pelos acadêmicos ou acredita que eles poderiam ser mais presentes durante as sessões? – 100% responderam estar satisfeito.
- Quanto aos recursos disponíveis para tratamento (aparelhos, entre outros) – 63,5% responderam ser Muito Bom, 33,5% responderam ser Bom e 3,5 responderam como Regular.
- Limpeza, higiene e segurança dos equipamentos/materiais utilizados pelo fisioterapeuta – 74% responderam como Muito bom, 26% responderam ser Bom.
- Você retornaria para esta unidade se precisasse novamente de fisioterapia? – 100% dos pacientes responderam que sim (Gráfico 2).

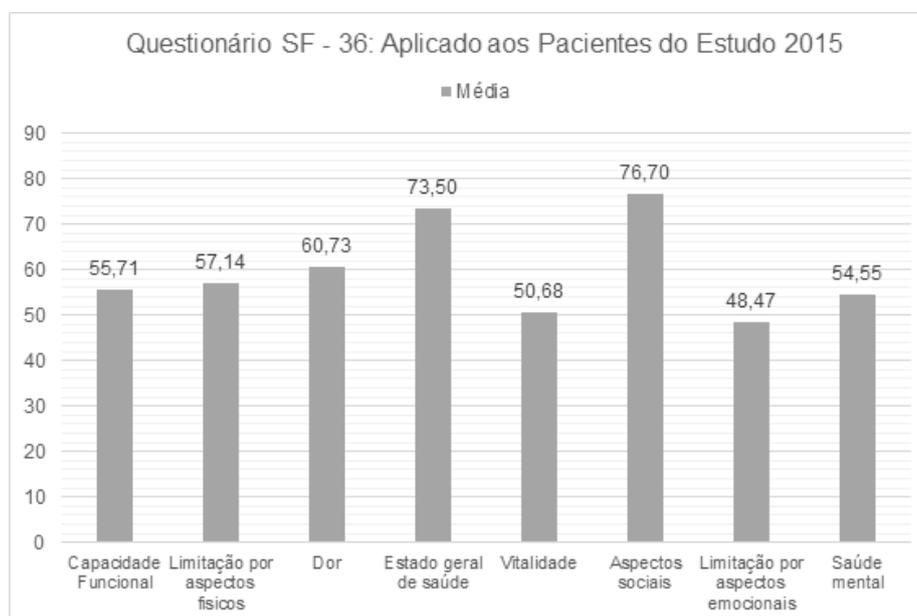
**Gráfico 2.** Satisfação e qualidade dos serviços prestados



Na questão de classificação da qualidade de vida, o escore geral encontrado foi de  $112 \pm 16,89$ . Com o Cálculo dos Escores do questionário SF-36, foram observados os seguintes resultados:

- Capacidade funcional com média de  $55,71 \pm 31,79$ , limitação por aspectos físicos com média  $57,14 \pm 40,42$ , dor com média  $60,72 \pm 24,82$ , estado geral de saúde com  $73,5 \pm 14,45$ , vitalidade com  $50,68 \pm 10,26$ , aspectos sociais com média  $76,70 \pm 23,24$ , limitação por aspectos emocionais com  $48,46 \pm 42,07$  e saúde mental com média de  $54,54 \pm 14,47$  (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Resultados do questionário SF-36



## DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a satisfação dos usuários do serviço de fisioterapia cardiopulmonar de uma clínica escola e identificar os quesitos que mais interferem na qualidade de vida dos usuários.

A maior participação de pacientes do sexo masculino apresenta relação direta com o maior acometimento deles por doenças cardiovasculares. Esses dados também foram sustentados pelo trabalho de Silva et al.<sup>14</sup>, em que dos 16 pacientes avaliados, 62% eram homens. A esse fato, pode-se atribuir a maior mortalidade por doenças cardiovascular em homens, contribuindo para a busca e permanência do tratamento fisioterapêutico.

Na avaliação da qualidade do serviço prestado, verifica-se que os níveis de satisfação do paciente ti-

veram alto conceito em todos os quesitos avaliados. No entanto, em três pontos, a totalidade dos avaliados respondeu positivamente, sendo estes quanto à segurança e relação com o acadêmico, satisfação com a presença de um supervisor e retorno à instituição. O graduando em fisioterapia é estimulado a ter uma forma crítica e reflexiva desde os primeiros anos de seu curso, trazendo para o período do estágio obrigatório esses princípios éticos e morais que regem a profissão e refletem de maneira direta no modo de tratamento de seus pacientes.

Moreira et al.<sup>11</sup> afirmam que o conceito da qualidade da interação do paciente com seu fisioterapeuta, especialmente quando diz respeito à troca de informação, é um forte indicador da satisfação, assegurando sua participação no tratamento. Demonstraram também que a segurança transmitida pelo fisioterapeuta à comunicação e à continuidade

da assistência foi o principal indicador da satisfação expressada pelos pacientes estudados. Os autores também afirmam que é fundamental ao tratamento uma boa relação entre o terapeuta e seu paciente, sendo de grande importância a criação dessa aliança terapêutica para o estabelecimento de uma relação de confiança e para obter melhores resultados no tratamento. Johnston e Clark<sup>15</sup> afirmam que um cliente se sente satisfeito quando sua percepção, experiência e os resultados do serviço atendem as suas expectativas.

Machado et al.<sup>12</sup> avaliaram 376 pacientes e encontraram um índice de satisfação geral de 75,5% quanto ao tratamento recebido, afirmando que estes indicariam os serviços a terceiros. Já Suda et al.<sup>16</sup>, que avaliaram 51 pacientes de uma clínica escola, encontraram três quartos dos participantes relatando que se sentiram confortáveis na clínica, para retornar ou mesmo indicá-la a familiares e amigos, e sugerem que os dados são reflexo de uma visão humanística, crítica e profissional por parte da equipe de estagiários e supervisores.

O estudo de Teles et al.<sup>17</sup> comparou a satisfação dos pacientes divididos em dois grupos, infantil (GI) e adulto (GA), e demonstrou um baixo índice percentual no quesito explicações oferecidas e segurança por parte do terapeuta, sendo avaliado como péssimo pelo GI. Os autores sugerem que a grande quantidade de pacientes atendidos, a proporção de profissionais, a disponibilidade e o cuidado do terapeuta ou os equipamentos disponíveis podem ser fatores a influenciar nos seus resultados.

No aspecto de ambiente físico, a pontuação foi maior quando comparada à de Moreira et al.<sup>11</sup>, relevando a informação de que existe diferença entre uma instituição pública e particular quanto ao dispêndio de investimento para os aspectos estruturais e materiais. O ambiente físico mais adequado eleva a percepção de qualidade do serviço pelo usuário.

Para Zeithami et al.<sup>18</sup> os fatores situacionais influenciam o modo de percepção da qualidade do serviço. A sensação de dor e de prazer são aspectos influenciadores dessa percepção<sup>19</sup>. A satisfação dos

pacientes, segundo Telles et al.<sup>17</sup>, está diversas vezes ligada à qualidade de vida, assim como a qualidade de vida está ligada à expectativa de vida, sendo que a expectativa pode variar de acordo com a idade, sexo, condição econômica, condição física e dor.

As doenças crônicas respiratórias e cardiovasculares estão altamente ligadas a quadros de depressão e de ansiedade, podendo ser causadas pelo aparecimento de sintomas limitantes das Atividades da Vida Diária, e ao risco de morte. A relação entre estresse, depressão e funcionalidade parece fazer parte de um complexo mecanismo que pode interferir na qualidade de vida<sup>20</sup>. O estudo de Santos e Faro<sup>21</sup> sugere que o sentido de vida se associa diretamente com a autoestima e a satisfação com a vida, por isso a avaliação da qualidade de vida no momento da entrevista é um fator que pode diretamente refletir nos resultados encontrados, já que o aspecto emocional foi o de menor percepção da qualidade de vida.

O aspecto social, entretanto, foi o de maior pontuação em relação à qualidade de vida, tendo como fundamento o conhecido papel que um programa de reabilitação cardiopulmonar pode gerar sobre o componente social, pois amplia a rede de suporte social. Em uma recente revisão sistemática que buscou descobrir as perspectivas dos pacientes de participação no exercício após um evento cardíaco, identificou-se que os domínios cognitivos e sociais foram os fatores mais citados que influenciam a participação em programas de exercícios<sup>22</sup>.

## CONCLUSÕES

**P**or meio deste estudo, pôde-se comprovar que o serviço de fisioterapia desenvolvido pelo setor de cardiopulmonar obteve bons resultados na avaliação de satisfação do paciente, assim como identificou que o aspecto social é o mais envolvido na percepção da qualidade de vida.

O estudo teve algumas limitações que poderiam trazer resultados mais detalhados caso fossem adotadas algumas melhorias, como avaliação de pré e pós-tratamento, implantação de análise por faixa etária.

## Referências

1. Ferreira LL, Marino LHC, Cavenaghi S. Fisioterapia cardiorrespiratória no paciente cardiopata. *Rev Bras Clin Med.* 2012; 10(2):127-131.
2. Ovando AC, Michaelsen SM, Dias JÁ, Herber V. Treinamento de marcha, cardiorrespiratório e muscular após acidente vascular encefálico: estratégias, dosagens e desfechos. *Fisioter Mov.* 2010; 23(3):253-269.
3. Karam I, Adawi T, Oldridge NB, Tarima SS, Stason WB, Shepard DS. Cardiac Rehabilitation Patient and Organizational Factors: What keeps patients in programs? *J Am Heart Assoc.* 2013; 2(5):e000418.
4. Lau HMC, Yin-Fat G, Jones AY, Lee EW, Siu EH, Hui DS. A randomised controlled trial of the effectiveness of an exercise training program in patients recovering from severe acute respiratory syndrome. *Aust J Physiother.* 2005; 51(4):213-219.
5. Guimarães FAB, Gardenghi G, Silva FMF. Reabilitação Cardíaca, tratamento e prevenção: Revisão Bibliográfica. *Revista Movimenta.* 2015; 8(1):50-59.
6. Domingues PW, Almeida AF. Fisioterapia como tratamento em portadores de doenças respiratórias obstrutivas. *Saúde e Pesqui.* 2010; 3(2):173-179.
7. Castro RRT, Negrão CE, Stein R, Serra SM, Teixeira JAC, Carvalho T, Araújo CGS, Alves MJNN. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(5):431-440.
8. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, Make B, Rochester CL, Wallack RZ, Herrerias C. Pulmonary Rehabilitation. *Chest* 2007; 131:4s-42s.
9. Rebello FPV, Garcia AS, Andrade DF, Werner CR, Carvalho T. Resultado clínico e econômico de um programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(3):321-328.
10. Souza CA, Santos RZ, Lineburger AA, Benetti M. Reabilitação cardiopulmonar e metabólica na atenção primária em saúde: é possível? *R Bras Ci e Mov.* 2015; 23(1):164-171.
11. Moreira CF, Borba JAM, Mendonça KMPP. Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. *Fisioter Pesqui.* 2007; 14(3):37-43.
12. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(5):401-8.
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1997; 39(3):143-50.
14. Silva CAS, Ferreira CES. Efeitos de um programa de reabilitação cardíaca na qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36). *Educação Física em Revista.* 2011; 5(1):1-8.
15. Johnston R; Clark G. Administração de Operações de Serviços. 1. ed. 4. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.
16. Suda EY, Uemura MD, Velasco E. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. *Fisioter Pesqui.* 2009; 16(2):126-31.
17. Telles CM, Werneck MS, Marinho MP, Kanashiro MS, Braga DM. Satisfação do paciente na fisioterapia aquática. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.* 2014; 14(1):41-52.
18. Zeithaml VA, Bitner MJ, Gremler DD. Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente. 6 ed. Bookman, 2014.
19. Mayer VF, Avila MG. A influência da estruturação da mensagem em comportamentos relacionados à saúde: um teste experimental. *Saude Soc.* 2010; 19(3):685-697.
20. Homann D, Stefanello JMF, Góes SM, Breda CA, Paiva ES, Leite N. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2012; 52(3):319-330.
21. Santos LCS, Faro A. Relações entre autoestima e sentido de vida: Estudo com amostragem domiciliar em Aracaju (SE). *Clínica & Cultura.* 2015; 4:54-69.
22. Campkin LM, Boyd JM, Campbell DJT. Coronary Artery Disease Patient Perspectives on Exercise Participation. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2017; 37(5):305-314.

## **RESOLUTIVIDADE DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (AB): A PERCEÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS**

RESOLUTENESS OF THE PHYSIOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE (PHC):  
A PHYSIOTHERAPIST PERCEPTION

**Ana Jéssica de Lima**

**Natália Rennó Lemes Aley**

Curso de Fisioterapia  
Universidade Federal de Alfenas

**Geraldo Eduardo Guedes de Britto**

Departamento de Fisioterapia  
Universidade Federal da Paraíba

**Sueli Leiko Takamatsu Goyatá**

Curso de Enfermagem  
Universidade Federal de Alfenas

**Silvia Lanziotti Azevedo da Silva**

Curso de Fisioterapia  
Universidade Federal de Alfenas

**Contato**

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva  
Avenida Jovino Fernandes Salles, 2600  
Bairro Santa Clara  
Alfenas-MG  
CEP: 37130-000  
E-mail: silviafisiojf@yahoo.com.br

Bolsa de Iniciação Científica concedida pela  
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de  
Minas Gerais (FAPEMIG), pela Universidade Federal  
de Alfenas, Edital 021/2015 (Edital Unificado para  
Submissão de Projetos aos Programas Institucionais  
de Iniciação Científica – PIBICT/FAPEMIG

### **RESUMO**

A atuação da fisioterapia na Atenção Básica à Saúde (AB) é um processo em construção que enfrenta desafios, visto que o fisioterapeuta é formado para a reabilitação. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos fisioterapeutas atuantes na AB sobre resolutividade de suas ações e possíveis mudanças com a utilização de protocolo de encaminhamentos na organização do serviço. Utilizou-se metodologia qualitativa e descritiva, com análise de conteúdo. Os profissionais entrevistados apontaram a resolutividade das ações a partir de duas perspectivas antagônicas: os fisioterapeutas que consideram a prevenção, a promoção e a educação em saúde como

práticas inerentes à Fisioterapia avaliaram a resolutividade das ações como boa, e aqueles que consideraram apenas o tratamento de doenças apontaram-na como baixa. Por fim, é importante conscientizar os fisioterapeutas da importância da funcionalidade na definição do acesso a serviços mais complexos, desde a sua formação, buscando maior resolutividade na AB. O investimento na formação desse profissional é fundamental para que, dentro de sua atuação, ele valorize menos a técnica e mais as posturas humanizadas, o diálogo e a funcionalidade de seus pacientes, recursos de grande importância para a atuação dentro do primeiro nível da rede de atenção.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Entrevista. Análise Qualitativa.

## ABSTRACT

Physical therapy action in Primary Health Care (PHC) is a process under construction and faces many challenges, since the physiotherapist is regarded as a rehabilitation professional. This study aimed to understand the perceptions of physiotherapists acting in PHC on the resoluteness of their actions and possible changes in case of using a referral protocol in the service organization. Qualitative and descriptive methodology were used, with content analysis. The professionals interviewed noted the resoluteness of the actions from two opposing perspectives: professionals who consider prevention, promotion and health education as practices inherent to Physical therapy reviewed the resoluteness of actions as good. However, those who consider only the treatment of diseases reviewed the resoluteness of actions as bad. Finally, it is important to make physiotherapists aware of the importance of functionality in defining access to more complex services, since their training, seeking a higher resolution in PHC. Investment in training such professionals is essential so that, within their practice, they value less the technique and more humane attitudes, the dialogue and the functionality of their patients, very important resources in the action within the first level of care network.

rapy reviewed the resoluteness of actions as good. However, those who consider only the treatment of diseases reviewed the resoluteness of actions as bad. Finally, it is important to make physiotherapists aware of the importance of functionality in defining access to more complex services, since their training, seeking a higher resolution in PHC. Investment in training such professionals is essential so that, within their practice, they value less the technique and more humane attitudes, the dialogue and the functionality of their patients, very important resources in the action within the first level of care network.

**Keywords:** Physical Therapy Specialty. Primary Health Care. Interview. Qualitative Analysis.

## INTRODUÇÃO

A inserção da fisioterapia na Atenção Básica à Saúde (AB) é um processo em construção. Assim, enfrenta alguns desafios, consequentes do caráter exclusivamente reabilitador da profissão, que consolidou suas práticas assistenciais no tratamento de doenças e suas sequelas no âmbito ambulatorial e hospitalar, o que era fortemente refletido nos currículos de formação de trabalhadores fisioterapeutas<sup>1</sup>. Com base nesse contexto, historicamente, a fisioterapia não se inseriu na AB, o que pode, inclusive, ter ocasionado a restrição do acesso da população a esse serviço<sup>2</sup>.

Em especial em 2002, com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Fisioterapia, o objeto de trabalho da fisioterapia passou por redefinições e, mesmo que de maneira incipiente, introduziu a promoção de saúde e a prevenção de agravos como área de atuação, passando, assim, a compor grades curriculares nos cursos de fisioterapia<sup>3</sup>. No que se refere à inserção na AB, a presença do fisioterapeuta nesse nível de atenção à saúde foi garantida por meio da Portaria GM 154/2008, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional que dá apoio às ações da Equipe de Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup>.

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o declínio dos problemas agudos e ascensão das condições crônicas estão causando falhas nos sistemas de saúde em todo o mundo<sup>5</sup>. Devido à fragmentação da organização destes, o conjunto de pontos de atenção são isolados e não se comunicam, sendo, assim, incapazes de fornecer uma atenção contínua à população. Com sistema fragmentado, não há comunicação entre AB e a atenção especializada à saúde, e esses dois

também não se comunicam com a atenção hospitalar, tampouco com os sistemas de apoio. Dessa forma, a AB não exerce sua função de comunicação, coordenando o cuidado, inclusive na Fisioterapia<sup>5</sup>.

As Redes de Atenção à Saúde surgem para enfrentar essas condições impostas pelos sistemas fragmentados. Elas são organizações poliárquicas pelos conjuntos de serviços de saúde, que estabelecem ações cooperativas e interdependentes, além de oferecer uma atenção contínua e integral à população. Além disso, oferecem continuidade aos níveis de atenção básica, especializada e hospitalar, realizando atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, funcionando sob gerenciamento da AB<sup>6</sup>.

É essencial que a AB apresente alta resolutividade, que por sua vez depende da capacidade clínica, dos cuidados de suas equipes e da articulação dela com outros pontos da rede de saúde<sup>8</sup>. Dessa forma, a regulação da assistência à saúde é fundamental para ordenar o acesso às ações e serviços, selecionando as consultas e procedimentos apenas quando apresentarem indicações clínicas para realizá-los, e como consequência, reduzir os encaminhamentos desnecessários<sup>8</sup>.

Uma alternativa para organizar o processo de referenciamento de usuários da AB para serviços especializados é a adoção de protocolos de encaminhamentos. Estes precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes e propiciem comunicação entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços especializados. As informações clínicas exigidas nesses protocolos devem ser sucintas, objetivas, necessárias e suficientes para a prática da regulação<sup>8</sup>.

Dentro do serviço de fisioterapia, os próprios profissionais devem aplicar os protocolos, seja em centrais de regulação ou na própria UBS onde atuam. Entretanto, isto não é comum; e os fisioterapeutas desconhecem a inserção dessa proposta em sua rotina de trabalho.

Destarte, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos fisioterapeutas que atuam na AB em um município do sul de Minas Gerais sobre a resolutividade de suas ações, ante a sua formação, e a aceitação de alguma possibilidade de mudanças no processo de trabalho com o uso de protocolos de encaminhamento baseados na valorização da funcionalidade na rotina de atuação.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido em uma cidade do sul de Minas Gerais. Na época do estudo, o município possuía 15 ESF, das quais 14 localizadas na zona urbana e 1 na zona rural, e ainda 2 UBS Tradicionais. De acordo com estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui 79.222 habitantes no ano de 2016, quando foi realizado o estudo. No que se refere à organização da AB, em torno de 70% da população recebe cobertura da ESF, e o restante tem como referência as UBS. Cinco fisioterapeutas prestam suporte às 14 ESF e às 2 UBS, revezando sua atuação entre elas ao longo de jornada de trabalho semanal de 30 horas. A zona rural não possui cobertura fixa dos fisioterapeutas, havendo atendimento somente em caso de procura pelo serviço para o usuário.

Optou-se por entrevistar os cinco fisioterapeutas que atuam na AB por meio de uma entrevista semiestruturada autoaplicada, respondida por escrito, em dois momentos, antes e após a implementação de um protocolo (Anexo 1), para ordenação dos encaminhamentos da AB para a atenção especializada na rede municipal. A elaboração do questionário respeitou as recomendações da literatura especializada, e a autoaplicação possibilitou aos fisioterapeutas mais privacidade ao responder à entrevista. As perguntas procuraram não direcionar as respostas dos entrevistados, eram de fácil interpretação e claras. Em caso de dúvida, os fisioterapeutas podiam solicitar esclarecimentos do pesquisador, que aguardava no local da avaliação o preenchimento do questionário. Antes de responder às perguntas, os fisioterapeutas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e todos os profissionais que compunham o universo no estudo concordaram em participar, não havendo recusas ou perdas.

O primeiro momento do estudo aconteceu no mês de fevereiro de 2016. O instrumento de coleta de dados apresentou cinco questões estruturadas que visaram caracterizar os fisioterapeutas das ESF quanto ao gênero, idade, tempo de formação e de atuação na AB, se possuíam especialização, incluindo Saúde da Família, e se já atuaram em outras áreas. As questões abertas da primeira rodada de entrevistas foram: “Como você define a resolutividade da Atenção Básica para a fisioterapia?”; “O que você considera como prioridade para encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia?”; “O que você considera capaz de resolver na Atenção Básica?”; “Quais as principais patologias de base apresentadas pelos pacientes que buscam a Atenção Básica?”; “O que você considera importante conter em um protocolo aplicado na Atenção Básica para encaminhamento para a Atenção Especializada?”.

A segunda fase do estudo ocorreu em um período de três meses após a implementação de um protocolo piloto de encaminhamento (julho de 2016). Essa segunda rodada de entrevista foi composta pelas seguintes perguntas: “O que você considera como prioridade de encaminhamento para o serviço especializado de Fisioterapia?”; “A aplicação do protocolo mudou a sua percepção dos itens que devem ser considerados no momento de encaminhar o paciente para a atenção especializada?”; “Você acha que o protocolo ajudou a tornar a atenção básica mais resolutiva para a Fisioterapia?”; “Você considera que o protocolo foi capaz de discriminar corretamente quem deveria ser encaminhado para a Atenção Especializada?”; “Você tem alguma sugestão de mudança para o protocolo?”. A pergunta “O que você considera como prioridade para encaminhamento para o serviço especializado de fisioterapia?” foi mantida nos dois momentos para verificação se haveria mudança na perspectiva dos profissionais acerca da resolutividade da AB e das reais necessidades de encaminhamento. Foram selecionadas para a análise e interpretação as perguntas cujas respostas apresentaram variação entre os entrevistados e contribuíram para percepção da resolutividade pelos fisioterapeutas. Aquelas que as respostas foram iguais ou muito sucintas foram excluídas da análise final.

O protocolo de elegibilidade e encaminhamento (Anexo 1) para a fisioterapia foi elaborado com embasamento teórico na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>8</sup>, com o objetivo de alterar o foco da doença no acesso ao serviço especializado, valorizar a funcionalidade e o impacto da condição de saúde no cotidiano do usuário. O protocolo é dividido em cinco sessões: dados sobre o diagnóstico, dor, incapacidade, cognição e necessi-

dade ou presença de cuidador. Essas sessões foram baseadas em domínios da CIF: condição de saúde, estrutura e função do corpo, atividades, participação, fatores pessoais e fatores ambientais. Os dados sobre o diagnóstico e a dor referem-se à condição de saúde e estrutura e função do corpo, a incapacidade relaciona-se com as atividades e participação, com a cognição com os fatores pessoais e com o item cuidador com os fatores ambientais. Cada item da proposta do protocolo era pontuado, e, ao final, poderia ser alcançada uma pontuação máxima de 26 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a necessidade de acesso ao serviço especializado de fisioterapia. Uma estimativa inicial de ponto de corte foi feita, em que usuários que pontuassem mais de nove pontos eram encaminhados. O protocolo deveria ser aplicado pelos fisioterapeutas da AB, que foram entrevistados nesta pesquisa.

Para a análise do conteúdo das entrevistas, foi realizada uma leitura precisa, crítica e exaustiva do material produzido pelas perguntas norteadoras<sup>9</sup>. Em relação à garantia de anonimato dos profissionais envolvidos na pesquisa, foi utilizado um código, no qual cada fisioterapeuta foi denominado por um número, sendo os números escolhidos 1, 2, 3, 4 e 5. Cada trecho destacado nas falas foi identificado pela letra maiúscula "T", seguida pelo número do fisioterapeuta ao qual ele se refere. A metodologia deste estudo

visou evidenciar o sentido das informações colhidas, utilizando técnicas de pesquisa que favorecem a comparação e interpretação dos resultados<sup>9,10</sup>. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise do conteúdo, conduzida por um olhar interpretativo do material produzido. Para isso, as entrevistas passaram pelos processos de pré-análise (leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais), exploração do material (identificação das unidades de registro), tratamento dos resultados, inferência e interpretação (condensação e definição das informações para análise reflexiva e crítica dos resultados). Além disso, foram feitas análises de frequência em que as informações mais objetivas foram repetidas pelos fisioterapeutas em cada uma das perguntas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, parecer Nº 1.125.782. O TCLE foi entregue aos participantes da pesquisa, em duas vias de igual conteúdo, para assinatura. Esse termo continha todas as explicações detalhadas sobre a pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por cinco fisioterapeutas, cujas características estão descritas na Tabela 1:

**Tabela 1.** Caracterização dos Fisioterapeutas participantes da pesquisa

Fisioterapeuta	Idade*	Sexo*	Tempo de graduação*	Tempo que atua na AB*	Especialização*	Já atuou em outra área? Qual?*
1	40	Feminino	16 anos	12 anos	Gestão em Saúde Pública, Acupuntura, Pediatria	Sim, Apae e clínica particular
2	38	Feminino	15 anos	3 anos	Geriatrics, Acupuntura, Neurologia	Sim, ortopedia, cardiorrespiratória e neurologia
3	32	Feminino	10 anos	8 anos	Acupuntura	Sim, hospital e estética
4	30	Masculino	7 anos	6 anos	Acupuntura, Saúde da Família, Atividades Físicas e Esportes para Pessoas com Deficiência	Sim, acupuntura e atendimento particular
5	25	Feminino	2 anos e meio	5 meses	Residência em Saúde da Família, UTI adulto	Não

*Informações obtidas por questionário estruturado aplicado com os participantes antes das perguntas norteadoras.*

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas apontaram a temática principal, resolutividade da Fisioterapia na AB, a partir de duas perspectivas antagônicas. Esse resultado heterogêneo é sugestivo de uma confusão conceitual e prática acerca da finalidade do trabalho do Fisioterapeuta nesse nível de atenção em saúde.

Apenas um profissional considerou como práticas inerentes à Fisioterapia no âmbito da AB aquelas associadas à prevenção, promoção e educação em saúde, avaliando assim a resolutividade das ações como boa. Sinalizou também a materialização de sua prática a partir de intervenções em grupos operativos e da avaliação de casos seguidas de orientações ou encaminhamentos para nível secundário. A fala a seguir ilustra essa avaliação.

A Fisioterapia na Atenção Básica torna-se resolutiva trabalhando na prevenção, promoção e educação em saúde através da formação de grupos operativos e durante a consulta para avaliação e triagem dos pacientes para resolver seu caso. Estes casos podem ser resolvidos na Unidade ou serem encaminhados para outros níveis de atenção quando necessário. (T5)

O fisioterapeuta identificado como T5 se destaca da amostra por ser mais jovem e ser egresso de um programa de Residência em Saúde da Família, já dentro de um modelo de ensino voltado para práticas em AB. Esse fato ressalta a importância da formação desse profissional dentro de uma perspectiva de atuação que representa um importante avanço na concepção das práticas da Fisioterapia, ao incorporar as ações coletivas, de educação em saúde, na compreensão das redes do Sistema Único de Saúde (SUS), com a AB ordenando e coordenando o fluxo de usuários nos serviços de atenção fisioterapêutica. Essa formação multiprofissional propicia maior conscientização e preparo para a prática, contribui para modificações no processo de trabalho e para a educação permanente dos profissionais. Dessa forma, este tipo de capacitação é de extrema relevância para a formação do fisioterapeuta que deseja atuar em AB, proporcionando uma visão ampla e experiência diversificada<sup>11</sup>. Cabe destacar que esse “novo” olhar da Fisioterapia não exclui as práticas curativistas, porém, elas são mais adequadas à realidade das Unidades de Saúde da Família (USF) e trazem novas ferramentas de trabalho. A inserção do fisioterapeuta em programas de residência multipro-

fissional em saúde da família mostrou-se de grande valor no desenvolvimento de uma atuação mais humanizada e inserida nos princípios da AB, dentro de um trabalho em equipe e com maior resolutividade<sup>12</sup>.

Os outros quatro profissionais que consideram apenas o tratamento de doenças apontaram como baixa a resolutividade da fisioterapia na AB. Atribuíram isso às dificuldades dos usuários em seguir orientações prestadas, número insuficiente de profissionais fisioterapeutas e falta de espaço físico e equipamentos apropriados. Além disso, apontaram ainda a insuficiência de vagas no setor secundário, o que fragiliza o itinerário terapêutico dos usuários dos serviços de Fisioterapia.

Sem resolutividade, por falta de profissionais e espaço físico adequado. (T2)

Resolutividade baixa, pois orientam os usuários e eles não seguem as orientações. Poucas vagas nas clínicas para os encaminhamentos. (T3)

Poderíamos ter equipamentos básicos da Fisioterapia para atuarmos com melhor resolutividade [...], ou seja, maior investimento em equipamentos e aparelhos [...]. (T4)

Essa perspectiva de prática fisioterapêutica se encontra baseada no modelo assistencial historicamente construído por essa profissão, de uma abordagem individual, fragmentada, tecnicista, concentrada principalmente no nível secundário e dependente de recurso tecnológico<sup>13</sup>. Os fisioterapeutas aos quais pertencem esses últimos relatos estão inseridos há mais tempo no mercado de trabalho, estando mais suscetíveis à influência do modelo de atenção vigente na maioria dos serviços de fisioterapia. Assim, a atuação desses profissionais vem sendo contemplada na prática do modelo biomédico, com atividades predominantemente reabilitadoras. Suas ações, porém, deveriam estar voltadas ao modelo de atenção integral à saúde<sup>13</sup>.

Os fisioterapeutas que não consideraram a fisioterapia na AB resolutiva têm maior tempo de formação e atuação, sendo tal formação anterior a 2002, quando entraram em vigor as novas DCN do Curso de Fisioterapia. Tais Diretrizes modificaram a antiga proposta do curso de Fisioterapia, que valorizava a técnica e a especialização do profissional. Elas estabelecem uma formação generalista, humanista, com capacidade crítica e reflexiva, e ainda de-

terminam que os profissionais devem realizar seus serviços com alta qualidade e dentro dos princípios da ética, com ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo<sup>3,14</sup>. Essa nova proposta prepara melhor o fisioterapeuta para atuar na AB; e a maioria dos que responderam a esta entrevista não apresentaram tal formação, o que pode explicar suas opiniões sobre a resolutividade de suas ações.

A AB presume a resolutividade das necessidades de saúde como uma esfera que extrapola a intervenção curativa e reabilitadora, por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde<sup>15</sup>. A inserção da fisioterapia nesse nível de atenção é recente. Uma das principais dificuldades encontradas na inserção do fisioterapeuta diz respeito à formação inicial e à criação da profissão, que priorizam ação curativa, caráter reabilitador e práticas concentradas nos níveis secundário e terciário de atenção. A partir disso, durante muito tempo, os serviços de fisioterapia apresentaram pouca inserção na AB, determinando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço<sup>2</sup>.

A tradição do uso de equipamentos como uma identidade profissional do fisioterapeuta é outro aspecto que dialoga com a percepção de baixa resolutividade. Essa utilização de tecnologias em relação ao seu trabalho remonta ao modelo assistencial, curativista e tecnicista<sup>13</sup>. Além disso, existe a valorização da sociedade atual acerca da tecnologia, das especialidades e das práticas direcionadas à assistência curativa. Essas características dificultam o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde, sendo estas comuns na AB e presentes em um novo modelo de atenção à saúde. Para desenvolver atividades desse nível, os profissionais devem estar bem preparados e informados sobre as políticas de saúde e particularmente sobre o SUS<sup>16</sup>. Por essa razão, a capacitação do profissional para a ação preventiva e educativa é de extrema importância para a comunidade em que atua, contribuindo para a melhora dos serviços prestados<sup>16</sup>. Um estudo qualitativo evidenciou que, na percepção de usuários de USF, o fisioterapeuta é ainda percebido como profissional de reabilitação, mas, em algumas falas, sua atuação na promoção de saúde foi identificada<sup>17</sup>. Essa perspectiva mostra que é possível o crescimento da atuação desse profissional nesse novo campo.

A análise da frequência das respostas dos entrevistados apontou informações sobre casos mais atendidos e quais, segundo eles, demandam encaminhamento para o setor secundário. A maioria

dos entrevistados considerou que alterações osteomusculares, tais como dores na coluna e alterações posturais, são as principais demandas para eles em sua atuação na AB, sendo aquelas que podem ser resolvidas nesse nível de atenção.

Os fisioterapeutas entrevistados consideraram pós-operatórios e casos cirúrgicos mais complexos os que demandavam atenção no nível secundário, necessitando de encaminhamento. Essa pergunta foi novamente realizada na segunda rodada de entrevistas, sendo reafirmada a necessidade de encaminhamento para o serviço especializado casos de pós-operatório e casos agudos. Na segunda entrevista, foram mencionados casos menos comuns, como Acidente Vascular Cerebral recente (60%), crianças (40%) e problemas uroginecológicos (20%).

A doença como determinação dos encaminhamentos demonstra uma abordagem curativa, em que os problemas de saúde são restritos aos aspectos fisiopatológicos, distanciando os determinantes socioeconômicos preponderantes no processo saúde e doença<sup>18</sup>. A atuação profissional deve ser separada dessa dicotomia pelo fato desse conceito não ser apropriado para entender o objetivo de trabalho no campo de Saúde Coletiva, que carrega o paradigma da determinação social da saúde e da doença como um processo relacional<sup>18</sup>.

Após a segunda rodada de entrevistas, não foi evidenciada mudança na percepção dos fisioterapeutas, o que reflete o desconhecimento da atuação em Saúde Pública, evidenciado, talvez, uma falta de capacitação, qualificação, monitorização dos serviços e valorização dos profissionais desde sua entrada no sistema<sup>19</sup>. Dentro da Lei 8.080, estão previstos programas de educação permanente para o aperfeiçoamento dos profissionais do SUS<sup>20</sup>. Os processos de educação dos trabalhadores da saúde devem considerar que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho<sup>21</sup>. A educação permanente em saúde, entretanto, é um desafio para os profissionais, uma vez que não é ainda rotina na maioria dos serviços, sua discussão é mais forte na Enfermagem e, muitas vezes, suas iniciativas pouco ajudam no desenvolvimento do processo de trabalho. É preciso desenvolver as propostas para obter melhores resultados<sup>22,23</sup>.

Sobre protocolo de encaminhamento elaborado para nortear esse processo, antes do início de

sua aplicação, os fisioterapeutas consideraram importante que o instrumento fosse capaz de discriminar entre casos agudos e crônicos e outros dados referentes ao diagnóstico, sendo que somente um fisioterapeuta destacou a capacidade funcional como ponto a ser inserido. Após terem contato com a proposta, os fisioterapeutas, de forma geral, não consideraram que o protocolo foi capaz de auxiliar na determinação dos casos que deveriam ser encaminhados. Todavia, observa-se uma contradição, já que 80% dos profissionais relataram que o protocolo foi capaz de aumentar a resolatividade da AB por determinar quem deveria ser mantido neste nível. Na verdade, após a inserção da proposta do protocolo, houve um esforço da gestão e mudança no processo de trabalho do fisioterapeuta, que começou a acolher todos os casos encaminhados, e estes não foram mais encaminhados diretamente para o serviço especializado. Acredita-se então que os fisioterapeutas consideraram o aumento da resolatividade baseado no contato com o usuário que passou a ocorrer mais frequentemente, e não à aplicação da ferramenta em si.

Alguns fisioterapeutas (60%) julgaram que o protocolo está voltado para a ortopedia, o que não faz sentido, visto que ele foi criado com embasamento na ideia central da CIF, e não em especialidades. Tal visão tradicional não foi modificada pela nova proposta, como relatado em 80% das entrevistas. Essa percepção dos fisioterapeutas pode estar relacionada com a criação recente da CIF, que foi aprovada em 2001 e traduzida para a língua portuguesa em 2003<sup>24</sup>. Nessa época, a maioria dos profissionais entrevistados já havia concluído a formação. Além disso, nem sempre a CIF é um conteúdo abordado de forma aprofundada durante a graduação. Geralmente, o assunto é exposto aos alunos de forma superficial. Em consequência disso, a maioria dos profissionais que começam a utilizá-la apresentam limitações em relação a sua aplicabilidade. A ausência de capacitações específicas sobre a CIF e sua restrita aplicação nas práticas clínicas resultam em limitado conhecimento e compreensão dessa ferramenta<sup>25</sup>.

A concepção da importância da capacidade funcional foi citada por apenas um profissional. O que deveria ser diferente, já que, na atualidade, os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem saúde em termos mais amplos, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida<sup>26</sup>.

A adesão de um modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilitaria ao fisioterapeuta, em seus procedimentos de avaliação e de intervenção, considerar um perfil funcional individualizado para cada paciente<sup>27</sup>, buscando condutas específicas<sup>28</sup>. O conceito ampliado de saúde na avaliação fisioterapêutica é capaz de demonstrar que uma mesma patologia, diagnosticada em diferentes sujeitos, não causará o mesmo impacto, e este não se restringe apenas ao nível de estrutura e função do corpo. Sendo assim, a avaliação deve ser voltada para o paciente, considerando o mesmo grau de importância todas as dimensões da saúde, incluindo as atividades e a participação social<sup>29</sup>. Essa percepção equivocada pode ser novamente relacionada com uma formação especialista e fragmentada do fisioterapeuta. Este problema se reflete em seu perfil acadêmico, voltado apenas para o processo de reabilitação. Ademais, como consequências disso, os profissionais estão sendo formados para o uso intensivo de tecnologia e para especialização, o que, como já foi dito, não é um perfil adequado para a atuação na AB<sup>30</sup>.

O propósito do protocolo de encaminhamento é orientar o fluxo dos usuários, reduzindo os encaminhamentos desnecessários, selecionando o acesso de pacientes que realmente apresentem indicação clínica. Esse mecanismo de filtro auxilia na resolatividade da AB, além de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade desses serviços<sup>8</sup>. Contudo, a aplicação de protocolos de triagem ainda não é algo disseminado na prática clínica dos fisioterapeutas. Isso revela a necessidade de capacitação por meio de programas de educação permanente, bem como a importância do envolvimento desses profissionais na adaptação do protocolo.

O tempo de três meses do início da aplicação do protocolo para a avaliação de seu impacto na resolatividade do serviço de fisioterapia na percepção dos fisioterapeutas pode ser considerado pequeno. Entretanto, o objetivo central do estudo não foi avaliar o protocolo, mas sim a percepção da resolatividade pelos profissionais fisioterapeutas atuantes na AB de forma geral e o impacto que ela poderia sofrer diante da aplicação de uma nova proposta, ante sua formação já discutida. Esta questão revelou a resistência dos profissionais a propostas e ferramentas diferentes de trabalho, levando à dificuldade na incorporação de práticas pioneiras.

## CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa chamam a atenção para a importância de conscientizar os fisioterapeutas da relevância da consideração da funcionalidade na definição do acesso a serviços com maior nível de complexidade, para que se alcance resolutividade ideal para as condições de saúde dos usuários. Outro aspecto que se tornou evidente neste estudo foi a necessidade de uma formação profissional direcionada para a atuação na AB e a indispensabilidade da inserção de atividades voltadas para esse nível de atenção, visto que ficou salientada uma prática tecnicista. Uma alternativa para aqueles profissionais já inseridos no mercado, em busca de uma reformulação de sua atuação, é a Educação Permanente em Saúde, para qualificação

voltada para a prática profissional e redução da visão tecnicista e especializada. A prática fisioterapêutica é muito relevante na AB, já que o profissional fisioterapeuta possui potencialidades para trabalhar com a criatividade e desenvolver ações eficientes e efetivas na prevenção e promoção de saúde dos usuários do SUS.

Em relação a novas propostas e ferramentas de atuação, como o protocolo colocado neste trabalho, ressalta-se a importância de vencer resistências por parte dos profissionais, o apoio da gestão para implementação das propostas e a educação continuada. Dessa forma, haverá capacidade de desenvolver uma prática profissional mais adequada aos modelos de atenção à saúde vigentes ao longo da evolução das políticas de saúde e perfil sociodemográfico da população.

## Referências

1. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Filho VCG. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *RBPS*. 2005; 18(1):3-6.
2. Ribeiro KSQ. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*. 2002; 5(3):311-318.
3. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 4 de março de 2002.
4. Portaria GM Nº 154, 24 de janeiro de 2008. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 04 mar 2008.
5. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
7. Ministério da Saúde. Endocrinologia e nefrologia. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Brasília: MS. [internet], 2016 [acesso em Jun 2016]; 25. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
8. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):187-93.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1a ed. São Paulo: Retórica; 2011.
10. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(5):611-614.
11. Camara AMCS. Oficina de Educação Interprofissional para a Residência Multiprofissional. *Cad Edu Saude e Fis*. 2014; (1):27-34.
12. Yonamine CY, Trelha CS. O modo de fazer saúde: a fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. *Rev. Espaço Saúde*. 2009;11(1):17-27.
13. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1673-1681.
14. Teixeira RC. Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Fisioter Mov*. 2012; 25(1):47-54.

15. Pain JS, Alves F, Naomar A. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4):299-316.
16. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª região. Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Porto Alegre; 1997.
17. Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Cienc Saúde Coletiva* 2011; 16(supl 1) 957:963.
18. Neves LMT, Acioli GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):551-564.
19. Savassi, LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev bras med fam comunidade*. 2012; 7(23):69-74.
20. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
22. Figueiredo EBL, Gouvêa MV, Cortez EA, Santos SCP, Alóchio KV, Silva, LM Alves. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. *Trab Educ Saúde* 2017; 15(1):147-162.
23. Silva LAA, Schmidt SMS, Noal HC, Signor E, Gomes IEM. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde* 2016; 14(3):765-781.
24. Lima DLF. Movimento para a vida (mpav): proposta de um novo índice de Funcionalidade para o idoso. *Rev. CIF Brasil*. 2015; 3(3):28-39.
25. Belmonte LM, Chiaradia LCN, Belmonte LAO. CIF nos cursos de graduação de Fisioterapia da grande Florianópolis. *Rev. CIF Brasil*. 2015; 2(2):11-24.
26. Organização Mundial de Saúde /Organização Panamericana de Saúde. CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo; 2003.
27. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia*. 2002; 6(3):113-118.
28. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the international classification of functioning, disability and health as a reference. *J Rehabil Med*. 2004; (44):30-36.
29. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. 2002; 82(11):1098-1107.
30. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1673-1681.

# **A INFLUÊNCIA DO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO ACADÊMICO DE FISIOTERAPIA**

THE INFLUENCE OF EXTRACURRICULAR INTERNSHIP IN THE CONSTRUCTION OF KNOWLEDGE  
OF THE PHYSIOTHERAPY ACADEMIC

**Ivana Barbosa Matos**

**Rosângela Silva dos Santos**

Curso de Fisioterapia

Centro Universitário Estácio da Bahia

**Márcio Costa de Souza**

**Marcelo Peixoto Souza**

Curso de Fisioterapia

Universidade do Estado da Bahia

**Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel**

Curso de Fisioterapia

Universidade do Estado da Bahia

Centro Universitário Estácio da Bahia

**Contato**

Ivana Barbosa Matos

Curso de Fisioterapia

Centro Universitário Estácio da Bahia

E-mail: ivaninhamatos@hotmail.com

## **RESUMO**

O estágio é uma atividade educativa realizada de forma prática e supervisionada com o objetivo de desenvolver as habilidades do educando, bem como de adaptá-lo à vivência profissional. O objetivo deste estudo foi avaliar a contribuição do estágio extracurricular na construção do conhecimento de acadêmicos de Fisioterapia. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que adotou como estratégia de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Os participantes foram seis estudantes de Fisioterapia: quatro de uma instituição privada e dois de uma instituição pública de ensino superior, ambas localizadas na cidade de Salvador, Bahia. Utilizou-se um instrumento de criação própria com 13 questões, norteador da temática e pertinente ao objetivo da pesquisa. Realizou-se a análise de conteúdo do tipo temática, estruturada a partir da leitura de cada depoimento transcrito na íntegra, com o intuito de apreender o seu sentido geral. A partir da análise dos depoimentos

de acadêmicos de fisioterapia que vivenciaram o estágio extracurricular, percebe-se que a questão financeira é a principal motivação para formação profissional. Nota-se que as instituições concedentes de estágio, que trabalham com protocolos fisioterapêuticos padronizados, exigem dos estagiários uma demanda maior de atendimentos. Os procedimentos ocorrem de forma "mecânica"; de forma geral, não existem oportunidades para que os discentes contribuam para a elaboração do diagnóstico e plano terapêutico. Por outro lado, relatos de discentes vinculados a estágios da rede pública e a serviços de alta complexidade demonstram que, de acordo com as suas experiências, o estágio extracurricular é um ambiente propício para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para a formação do fisioterapeuta. Por fim, todos os participantes relataram que os estágios proporcionaram importante contribuição para a relação terapeuta-paciente.

**Palavras-chave:** Estágio Clínico. Educação Profissionalizante. Competência Clínica. Fisioterapia.

## ABSTRACT

Internship is a practical educational activity, intended to develop the student's skills, as well as to adapt them to professional practice. The objective of this study is to evaluate the contribution of the extracurricular internship in the training of the physiotherapy academic. The methodological principles of qualitative research were applied. Face to face interviews were used to obtain students' opinion and experiences about their extracurricular internship. The study included two regular undergraduate students from a public university and four regular undergraduate students of private university located in the city of Salvador, Bahia. Information was obtained from respondents using a semi-structured interview guide (13 questions). The critical analysis of the speech was done by means of thematic content analysis of Laurence Bardin. The analysis of the discourse was structured from the reading of

each speech transcribed integrally. We intended to understand its general meaning. From the analysis of the speech of physical therapy academics that have experienced the extracurricular internship, it is perceived that the financial issue is the main motivation for professional qualification. Health services using protocols require interns to have a greater demand for services. The procedures take place "mechanically"; in general, there are no opportunities for students to contribute to the development of the diagnosis and therapeutic plan. On the other hand, reports from students from public internships and high complexity services show that the extracurricular internship is an environment conducive to the development abilities necessary for the training of the physical therapist. Finally, all interviewed reported that the internship provided an important contribution in the therapist-patient relationship.

**Keywords:** Clinical Clerkship. Education, Professional. Clinical Competence. Physical Therapy Specialty.

## INTRODUÇÃO

O estágio é uma atividade educativa realizada de forma prática e supervisionada com o objetivo de desenvolver as habilidades do educando, bem como de adaptá-lo à vivência profissional. Pode ser realizado de forma obrigatória, quando esse é pré-requisito para a formação, ou extracurricular, quando é realizado de forma opcional, independentemente da carga horária regular e obrigatória, sendo de comum acordo entre a instituição de ensino, estagiário ou representante legal e concedente a definição da carga horária e recebimento de bolsa<sup>1</sup>.

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), o estágio extracurricular só poderá ser realizado, no mínimo, no penúltimo ano do curso, com conclusão das disciplinas inerentes à área do estágio, jornada de até 30 horas semanais e com o aluno matriculado regularmente em Instituição de Ensino Superior (IES). Deverá ser acompanhado pelo fisioterapeuta docente da IES e supervisionado pelo fisioterapeuta da unidade concedente, sendo ambos responsáveis pelo estágio no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO<sup>2</sup>.

Ele é definido como um complemento do processo educacional, em que a concedente, por ser desobrigada do cumprimento das normas trabalhistas, torna-se uma instância educadora, transformando o seu ambiente de trabalho em um local de aprendizado e preparo para o futuro. Contudo, diante de tudo o que está escrito, a questão do estágio tem produzido grande preocupação para o Ministério do Trabalho e Emprego, pois ainda, em sua grande maioria, para as empresas, constitui-se como uma fonte de mão-de-obra barata<sup>3</sup>. O que deve prevalecer nas relações

entre estagiários e empresa é o aperfeiçoamento dos estudos, em que os ensinamentos teóricos serão complementados com a aplicação experimental na empresa, que atua como uma espécie de laboratório para aplicação prática de conhecimentos<sup>4</sup>.

O estágio tem como objetivo aperfeiçoar o acadêmico e desenvolver agentes de transformação social com perfil crítico, respeitando o embasamento disciplinar e ético da profissão à medida que os estudantes colocam em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula<sup>5</sup>. Por meio da vivência do dia a dia das atividades relacionadas com a sua profissão, ele passa a ser importante para a formação acadêmica e profissional<sup>6</sup>. Nesse sentido, o estágio transforma-se em uma oportunidade de preparação e inserção do jovem no mercado de trabalho, capacita para enfrentar desafios imprevistos, expresso pela capacidade crítica de julgamento, tomada de decisão e intervenção diante do novo e do inusitado<sup>3</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a contribuição do estágio extracurricular na construção do conhecimento de acadêmicos de Fisioterapia.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa e descritiva. A amostra foi composta por seis estudantes de Fisioterapia: quatro de uma Instituição de Ensino Superior privada e dois acadêmicos de Fisioterapia de uma Instituição Pública de Ensino Superior, ambas localizadas na cidade de Salvador, Bahia, que realizaram ou estavam realizando estágio extracurricular. Os participantes foram selecionados por conveniência, de forma não aleatória, a partir da indicação de professores das respectivas instituições de ensino.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, parecer nº 1.651.466. Os acadêmicos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo, um Termo de Autorização de Gravação de Áudio, certificando-lhes que sua identidade seria devidamente preservada. Eles foram esclarecidos sobre a natureza e os objetivos da pesquisa, a voluntariedade de sua participação e a garantia do sigilo e anonimato. Em seguida, participaram de uma entrevista agendada conforme disponibilidade do participante.

Foi realizada entrevista aberta, de maneira individual e reservada, utilizando um instrumento norteador de criação própria com 13 questões, que tinham como objetivo descrever a prática do estágio extracurricular dos estudantes. As questões elaboradas tinham como objeto de análise: 1) a motivação para a procura do estágio extracurricular; 2) a relação do ambiente de estágio com o conhecimento teórico e prático do estagiário; 3) a existência de discussões na área de atuação e 4) o conhecimento prático e teórico. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os entrevistados foram identificados como: A1, A2, A3, A4, A5 e A6.

Os dados obtidos mediante entrevista realizada com os seis participantes foram tratados por meio da análise de conteúdo do tipo temática (BARDIN, 1977), que permitiu compreender mais profundamente as significações que os participantes atribuem aos aspectos em estudo.

A análise temática, a forma mais clássica de análise de conteúdo, consiste em identificar e destacar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. Em seguida, os temas, que são unidades de significação, são extraídos das partes do texto. A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), engloba diferentes fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise compreende atividades como a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos, a elaboração dos indicadores etc. A exploração do material supõe operações de codificação, ou seja, a transformação dos dados brutos do texto em unidades de sentido e a sua categorização.

A análise de conteúdo foi estruturada neste estudo de acordo com os passos a seguir: leitura de cada discurso transcrito na íntegra, com o intuito de apreender o sentido geral do depoimento; em seguida, foi feita uma leitura com maior atenção de cada depoimento, passo a passo, identificando temas (assuntos e objetos do conteúdo a ser tratado) acerca dos trechos descritos, distinguindo-os em blocos (parágrafos) de uma mesma temática; a temática de cada trecho era acompanhada das unidades de sentido, formuladas a partir da interpretação da ideia central daquele trecho, as chamadas unidades de contexto, por meio do sentido atribuído pelo participante sobre determinada perspectiva daquela temática.

O passo seguinte foi organizar as temáticas com o recurso do ordenador de classificação por ordem alfabética do programa Microsoft Word®. Essa etapa permitiu alinhar todos os temas que emergiram dos seis depoimentos. Na análise de cada bloco, muitos temas se repetiram, entretanto, as unidades de sentido possuíam formulações exclusivas de cada trecho tratado, porque os participantes, muitas vezes, traziam os mesmos temas com enfoques ou elementos diferentes. Após esse alinhamento, foi feito um agrupamento dos temas repetidos e semelhantes. Foi possível organizar cinco categorias: 1) A motivação para o estágio; 2) A pessoa jurídica do campo de estágio e o nível de complexidade da assistência; 3) A lógica do estágio; 4) Formação profissional; 5) Relacionamento interpessoal.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Motivação para o estágio

**D**urante a formação, existe a necessidade do desenvolvimento do papel ativo e crítico na construção do próprio conhecimento. Nota-se que a participação em atividades complementares que estimulem esse tipo de experiência para o acadêmico é de fundamental importância para que ele compreenda o funcionamento dos serviços de saúde e estimule o vínculo entre paciente e profissional<sup>7</sup>. Deveria ser esta a principal motivação para a busca do estágio: a oportunidade de aprimorar e colocar em prática o conhecimento teórico. Todavia, notou-se nos discursos a busca pelo incentivo financeiro.

Os incentivos estão relacionados principalmente com a bolsa, embora muitos alunos participem dessas atividades complementares voluntariamente sem receber nenhum tipo de bolsa<sup>7</sup>, em que acadêmicos relataram que a vivência prática foi a principal motivação para a busca do estágio extracurricular<sup>8</sup>.

AC 4: *“O primeiro foi por querer um contato mais próximo com o paciente, o segundo foi porque eu não gostei do primeiro estágio e queria sair de lá, eu queria já ter um convívio na área em que desejo atuar”*.

AC 3: *“Eu queria ter uma experiência, ter vivência na área de fisioterapia e também dinheiro”*.

AC 5: *“Eu queria trabalhar, só que me veio a ideia que poderia trabalhar ganhando dinheiro e aprendendo e aí eu comecei a procurar”*.

AC 6: *“Fui buscar a vivência com os pacientes, conhecimento na prática mesmo”*.

AC 1: *“o motivo foi dinheiro, o segundo estágio o critério que escolhi é o que mais paga”*.

AC 2: *“[...] remuneração... e seria o único estágio que daria pra conciliar aqui com a Universidade”*.

Observa-se que os acadêmicos não buscam o estágio apenas com a finalidade de colocar o que aprendeu de teoria em prática, isso por muitas vezes é esquecido; e a motivação se torna a questão financeira. A escolha do critério e local do estágio não mostrou tanta importância, a procura se deu pelo valor da bolsa e pela disponibilidade do mercado.

Muitos alunos buscam o estágio fora da proposta acadêmica, o que pode ocasionar prejuízos à formação, acarretando um conhecimento falho, podendo não atingir os objetivos propostos<sup>5</sup>. Tavares<sup>8</sup> aponta que a maioria dos alunos não tem uma intencionalidade seletiva em relação à especialidade da empresa concedente. Levam em consideração principalmente o número de vagas ofertadas.

### A pessoa jurídica do campo de estágio e o nível de complexidade da assistência

Os espaços de prática assistencial possibilitam aos acadêmicos o conhecimento e interpretação dos saberes e condições necessárias para a atuação profissional<sup>9</sup>. É imprescindível que eles sejam orientados quanto à importância da escolha de um estágio extracurricular adequado, quanto à procura por campos convenientes e que as atividades exercidas estejam em consonância com as suas competências<sup>5</sup>.

AC 4: *“Na área hospitalar, eu sou instigado a estudar, eu sou provocado pelos pacientes a propor uma intervenção de forma diferente, uma abordagem diferente, eu me sinto mais vivo, eu me sinto mais completo como profissional”*.

AC 6: *“O atendimento na clínica era por ordem de chegada, era o tempo que o protocolo e o fisioterapeuta passava demandasse, então eu já cheguei a ficar com três, quatro pacientes ao mesmo tempo, não era estipulado uma quantidade de paciente, a gente atendia muito, era visado mais agilidade no atendimento”*.

Alguns acadêmicos podem não receber a supervisão adequada nos estágios extracurriculares, sendo este de responsabilidade do profissional que os acompanha, preparando-os para atender às necessidades terapêuticas e prevenções futuras, detendo-os de uma autonomia incompatível com seu nível de formação<sup>5</sup>.

A definição de quais domínios da competência os alunos devem atingir nas várias etapas de sua formação pode não ser igualmente compreendida por supervisores de diferentes estágios clínicos. Essas diferenças se acentuam quando se contrasta a supervisão oferecida por profissionais que têm distinta percepção da sua importância na formação dos acadêmicos<sup>10</sup>. O estágio precisa de visão dialética, em que acadêmicos possam argumentar, discutir, refletir e dialogar com as práticas vivenciadas<sup>11</sup>.

AC 5: *“Um estágio muito bom, o local também [Hospital] induz o aluno a aprender bastante, os estagiários são tratados como fisioterapeutas. Agora tudo com supervisão, claro que tudo a gente tinha que chegar pro supervisor. Depois de um ano, fazia tudo sozinha, é muito bom, um crescimento como pessoa, como estudante e como profissional”*.

AC 3: *“[Na clínica] a gente tinha acesso direto aos fisioterapeutas toda vez que fosse conversar qualquer coisa, só que nessa questão de mudar plano de tratamento eu acho que ninguém chegou a se atrever a isso, principalmente pela demanda do local, era tudo muito rápido, eu achava que podia mudar várias coisas no tratamento, evoluir, só que acho que eles não iam fazer”*.

Diante dos discursos obtidos, observa-se que a experiência do estágio é um processo extremamente importante para a formação integral dos acadêmicos. É comum a dificuldade deles de relacionarem a teoria com a prática – muitos não têm ao longo da sua formação a possibilidade de vivenciar momentos concretos para aplicação dos conhecimentos.

Como visto nos discursos dos acadêmicos que escolheram vivenciar o estágio em uma rede pública de alta complexidade (Hospital), fica clara a sua valorização, preparando-os para a vivência prática e raciocínio crítico indispensável para a formação, uma vez que obtiveram a supervisão adequada e foram incentivados a desenvolver uma maior consciência em relação aos conteúdos vistos em sala de aula, incitando-os à autonomia e responsabilidade profissional. Em contrapartida, entre os acadêmicos entrevistados que escolheram experimentar a prática extracurricular em uma unidade particular, foi relatado que não obtiveram aproveitamento pleno dos seus conhecimentos teóricos uma vez que o atendimento era feito de forma mecânica, havia menor relação paciente/fisioterapeuta e maior número de atendimentos, visando somente à produção e comprometendo a experiência na área de atuação.

### **A lógica do estágio**

A finalidade do estágio é o desenvolvimento para a vida cidadã e para o trabalho uma vez que os estudantes têm a oportunidade de, por meio da prática profissional, contextualizar o conteúdo curricular, demonstrando dessa forma que a prática do estágio tem sido eficiente para as partes concedentes, para a sociedade e principalmente para os estagiários que são inseridos no mercado de trabalho após a prática do estágio e, muitas vezes, admitidos pela própria parte concedente<sup>12</sup>.

Para que ocorra o aprendizado prático dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, é necessário que os estagiários desenvolvam tarefas relacionadas com a sua profissão<sup>6</sup>.

AC 4: *“Eu vi que era tudo muito robotizado, e... trabalha muito com demanda, e não com qualidade, não me senti um profissional”.*

AC 6: *“O que era visado lá era mais agilidade no atendimento...”. “... um protocolo feito... você só tem que reproduzir técnica e você não pensa, você não discute e você malmente sabe da patologia do paciente.”*

AC 1: *“Estágios de clínica querem escravizar e querem tipo ensinar ao aluno a fazer o errado”.*

AC 4: *“Na clínica a gente não tinha discussão, era bem raro. No hospital eu atendia e após atender eu passava de novo pro fisioterapeuta, onde a gente discutia plano de tratamento, porque que eu fiz isso, se eu podia fazer aquilo... O que poderia ser melhor para aquele paciente. Nós tínhamos plano de nivelamento, e fazia uma prova. Se eu tirasse abaixo da média eu continuava no setor onde estava e o fisioterapeuta cobrava mais de mim, se eu tirasse uma boa nota, eu mudava de setor”; “... Era discutido, quando eu pegava o paciente, o prontuário do paciente, eu escrevia qual era o meu objetivo, meu plano terapêutico de acordo com aquilo que foi proposto como objetivo fisioterapêutico na admissão do paciente e aí eu passava para o fisioterapeuta: vou fazer isso, isso e isso. E aí ele: vá, vá lá e faça”.*

AC 5: *“Na primeira semana eu fui treinada a passar protocolo de hospital e tudo mais. Na segunda semana eu comecei a atender com supervisão, ele ficava supervisionando e tinha debate de caso clínico do paciente, passagem de plantão essas coisas”.*

AC 5: (Clínica) *“Assimilei muita coisa, até porque eu não tinha conhecimento como deveria abordar mesmo o tratamento não sendo o que eu optaria”.*

Observa-se, diante dos relatos obtidos, que os profissionais estão se deixando levar por uma necessidade de melhores e maiores ganhos. O aumento do número de atendimentos por dia reflete a prioridade na produção, deixando de lado a importância que deveria ser dada ao estagiário em termo de aprendizado. No ambiente de estágio, nota-se que alguns estudantes de fisioterapia realizam apenas procedimentos técnicos.

A demanda exagerada de atendimentos por dia suprime etapas valiosas e imprescindíveis do processo fisioterapêutico, levando os estagiários a serem reconhecidos como mão de obra barata utilizada por empresário do setor de saúde<sup>13</sup>. Em contrapartida, foram obtidos relatos de estágios em que a proposta de prática e teoria foram obedecidas, nos quais os estagiários puderam acompanhar e aprender procedimentos necessários para o atendimento fisioterapêutico com o objetivo de melhor capacitar o acadêmico para o mercado de trabalho. A participação em atividades complementares é vista pelos acadêmicos como uma maneira de aprender um pouco mais sobre as áreas específicas do curso e assim contribuir para a carreira e aperfeiçoamento profissional<sup>7</sup>.

O estágio traz resultados positivos quando exercido de forma adequada, contendo estudos práticos para a aprendizagem, e a experiência envolvendo supervisão, revisão e um exame cuidadoso<sup>14</sup>.

## Formação profissional

O objetivo da formação do fisioterapeuta é preparar o profissional para o exercício de competências e habilidades específicas de sua formação, como realizar avaliações, solicitar e interpretar exames, estabelecendo prognóstico e decidindo quando deve haver a alta fisioterapêutica<sup>15</sup>. Pode-se identificar o desenvolvimento dessas habilidades e competências a partir dos seguintes elementos dos discursos:

AC 5: *“Era eu que avaliava, era eu que traçava o plano, ele não me dava nada, ele só falava se estava correto, mais a avaliação e as condutas era eu que fazia, traçava”*.

AC 1: *“Eu aprendi muita coisa em relação à fisioterapia. Aprendi muita coisa, e lá o espaço era bem aberto também, eu levava artigos, quando sabia de alguma coisa, eu falava: posso fazer isso, aí eles deixavam bem aberto pra discutir”*.

AC 2: *“Foi muito produtivo, muito mesmo. De você querer estudar mais, de você pegar assim ler, ter vontade de ler, porque pra você informar, pra você acolher você tem que saber”*.

AC 4: *“No Hospital, eu tinha que avaliar prescrever o tratamento, eu tinha que abordar o paciente e ainda tinha que passar aquele paciente para o fisioterapeuta estar ciente do plano [terapêutico]”*.

No discurso de alguns acadêmicos, denota-se uma tendência, por parte de algumas concedentes, de valorização do conhecimento técnico em detrimento do pensamento crítico no momento em que deveriam ser auxiliados na construção da autonomia.

AC 6: *“A gente só sabia a patologia do paciente e o protocolo que tinha que ser feito, então a gente não pensava, e muito pouco tinha de dados de paciente pra gente tentar desenvolver o raciocínio”*.

AC 4: *“Era protocolo pronto, e, assim, o paciente chegava à admissão, a fisioterapeuta do dia avaliava e passava o plano terapêutico... a gente poderia solicitar mudança no tratamento ou fazer”*.

A partir das falas extraídas nos discursos acima, pode-se identificar que o estágio é uma oportunidade para o desenvolvimento profissional, pois ele facilita a preparação profissional por ser um ambiente de aprimoramento dos conhecimentos teóricos por meio da vivência prática auxiliando na experiência por meio da ligação entre ambiente acadêmico e profissional<sup>6</sup>.

Estagiários que não participam da avaliação do paciente, em parte, não incorporam nas suas ações a competência do profissional, como a avaliação, diagnóstico, realização de técnicas, recuperação e reavaliação, etapas que definem um atendimento completo e efetivo de fisioterapia e que devem ser vivenciadas pelos acadêmicos<sup>5</sup>. Estes precisam desenvolver habilidades específicas, pois a redução à aplicação somente de técnicas não é suficiente para a resolução dos problemas que enfrentam, não desenvolvendo assim o conhecimento científico nem os preparam para a complexidade do exercício profissional<sup>9</sup>.

## Relacionamento interpessoal

A maior parte da carga de doença, assim como as desigualdades de saúde, acontece em consequência das condições ambientais em que as pessoas nascem e vivem. As condições sociais influenciam diretamente na saúde, havendo a necessidade de ações em todos os setores para promoção de bem-estar<sup>16</sup>. Diante desses fatores, surge a necessidade do diálogo entre o profissional da saúde e o paciente, melhorando a qualidade dessa relação uma vez que a concepção de doença difere muito entre as culturas, sendo que o fisioterapeuta deve ter a sensibilidade de conhecer a realidade de cada paciente por meio de uma efetiva troca de informação.

O estágio, além de ampliar o conhecimento teórico prático, contribui para que os acadêmicos compreendam que devem dar atendimento a pessoas com necessidades distintas, de contextos sociais diferentes, que esperam ser compreendidas, respeitadas e cuidadas<sup>10</sup>. A atuação como fisioterapeuta provoca um contato direto com o paciente, com suas angústias, seu desconforto e seu sofrimento<sup>17</sup>.

AC 3: *“A experiência de ter convivido com paciente ajudou a melhorar minha desenvoltura, já sabia como deveria conversar com paciente, o que perguntar”*.

AC 6: *“Levei de aproveitamento o lidar com o paciente, o contato terapeuta com o paciente ficou muito mais fácil”*.

AC 1: *“Fiquei mais próxima dos usuários, perdi o medo de chegar nas pessoas [pacientes], perdi a vergonha”*.

Os discursos acima mostram a importância do desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal, a fim de estabelecer relações que ofereçam benefícios aos pacientes, tornando os acadêmicos mais seguros na prática profissional e no contato terapeuta-paciente.

O ato comunicativo é um processo de ajuda entre o trabalhador de saúde e o indivíduo assistido, tornando-se um instrumento que propicia uma recuperação mais rápida, promove a humanização das relações por meio da troca de informações e validação das mensagens<sup>18</sup>. Nos estágios, os acadêmicos estão inseridos com mais intensidade, com maior grau de autonomia e responsabilidade na prática, atuando em situações com grande potencial de formação, como nos casos do acolhimento<sup>8</sup>.

Nota-se, porém, que nem sempre houve o incentivo à escuta ativa, em que os profissionais encontram a oportunidade de identificar qual o fator que mais contribui para o agravamento ou melhora do quadro clínico do paciente. Os profissionais de saúde efetivam o cuidado diante da compreensão dessas relações tornando-as essenciais para a assistência em saúde<sup>19</sup>.

AC 6: *“Quando se falava demais com o paciente, era chamado atenção porque estava perdendo tempo, o que eles estipulavam mais era agilidade, a gente tem que andar rápido pra fazer tudo e da melhor forma possível”*.

Coriolano-Marinus<sup>18</sup> ressalta que durante o processo de formação a maioria dos discentes não tem sido instrumentalizada com habilidades comunicativas, o que pode ser um dos fatores responsáveis pelas dificuldades na comunicação bidirecional na sua futura inserção nos cenários de saúde.

## CONCLUSÃO

**D**iante dos achados neste estudo, percebe-se que, da decisão profissional para os que experimentaram o estágio extracurricular, a questão econômica é o fator primordial/motivacional. Pode-se ainda constatar que os locais nos quais se realizam as ações de estágio trabalham sob a lógica do protocolo pronto, com a exigência de maior produtividade dos estagiários e, conseqüentemente, de maior número de atendimentos, que ocorrem de forma mecânica sem a produção de plano terapêutico que estabeleça uma lógica do cuidar integral. Vale ressaltar que a experiência na rede pública de alta complexidade contribui de forma salutar para o desenvolvimento das suas competências e habilidades. No que concerne à relação terapeuta-paciente, os depoentes relataram que os estágios contribuem para essa construção de forma eficaz.

## Referências

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Traduzido por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70, 1977.
2. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 432. Dispõe sobre o exercício acadêmico de estágio não obrigatório em fisioterapia. Brasília, 2013.
3. Brasil. Ministério da Educação. Normas para a organização e realização de estágio de alunos do Ensino Médio e da Educação Profissional. Parecer n.º: CNE/CEB 35/2003. Brasília, 2003.
4. Porto MS. O Contrato de Estágio Extracurricular: A fraude e sua desvirtuação. *Âmbito Jurídico*. 2012; 15:92. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11024](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11024).
5. Viana RT, Moreira GM, Melo LTM, Sousa NP, Brasil ACO, Abdon APV. O estágio extracurricular na formação profissional: a opinião dos estudantes de fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2012;19(4):339-344.
6. Reina DRM, Smania Neto A, Ensslin SR, Reina D. Estágio extracurricular: avaliação de sua contribuição na formação acadêmica e profissional dos graduandos em de ciências contábeis. *Revista de Informação Contábil*, 2011; 5:19-35.
7. Warmling AMF, Mello ALSF, Napolini DS, Canto GL, Souza ER. A importância das atividades complementares na formação profissional em Odontologia. *Rev Abeno*. 2012; 12(2):190-197.
8. Tavares CHF, Maia JA, Muniz MCH, Malta MV, Magalhães BRC, Thomaz ACP. The "parallel curriculum" of Third-year medical students of the Federal University of Alagoas. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(3):245-253.
9. Pimenta SG, Lima MSL. Estágio e docência: diferentes concepções. *Revista Poíesis*. 2005; 3(3):5-24.
10. Domingues RCL, Amaral E, Zeferino AMB. Os diferentes olhares na avaliação de alunos em estágio clínico supervisionado. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(4):458-462.
11. Borssoi BL. O estágio na formação docente: da teoria a prática, ação-reflexão. In: Simpósio Nacional de Educação; semana da pedagogia. 2008; 20.
12. Brasil. Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.
13. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 139. Dispõe sobre as atribuições do Exercício e Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências.
14. Alvarenga, RZ. A nova relação de estágio. *Jornal Trabalhista Consulex*. 2009; 26(1264):4-6.
15. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.
16. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
17. Reinner AF, Goldim JR, Pratil FM. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. *Rev. Bras de Fisiot*. 2002; 6(3):135-138.
18. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Communication in health practices: integrative literature review. *Saúde Soc*. 2014; 23(4):356-1369.
19. Formozol GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 20(1):124-127.

# A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FISIOTERAPIA NEUROPEDIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ASPECTOS DA PRÁTICA CLÍNICA E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

THE NETWORK OF SPECIALIZED CARE IN NEUROPEDIATRIC PHYSIOTHERAPY IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO: ASPECTS OF CLINICAL PRACTICE AND PROFESSIONAL TRAINING

**Miriam Ribeiro Calheiros de Sá**  
**Carla Trevisan Martins Ribeiro**  
**Adelino Furtado Madureira**  
**Maria Fernanda Negreiros Vieira**  
**Nicolette Celani Cavalcanti**  
**Paula de Almeida Thomazinho**  
**Fabiano Luiz dos Santos**

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

## Contato

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá  
 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.  
 E-mail: calheirosa@uol.com.br

## RESUMO

Nos últimos anos, nota-se uma clara mudança no perfil epidemiológico das doenças infantojuvenis no Brasil, com um efetivo aumento da população acometida por condições crônicas e complexas de saúde. O que se nota é que a rede de atenção fisioterapêutica pediátrica ainda é incipiente, em face das demandas dessa população, não sendo encontrados estudos sob este prisma. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi conhecer a rede de assistência fisioterapêutica neuropediátrica no estado do Rio de Janeiro, assim como outras questões da prática clínica, como o tipo de tratamento oferecido e a capacitação do profissio-

nal envolvido na reabilitação infantil. Este foi um estudo analítico e transversal, realizado entre os anos de 2013 e 2016, nas unidades de saúde que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios do estado do Rio de Janeiro e que ofereciam tratamento de fisioterapia para crianças e adolescentes. Os dados da presente pesquisa apontam para uma heterogeneidade na prestação do serviço fisioterapêutico pediátrico e na capacitação dos seus profissionais, reforçando a necessidade de um programa de capacitação/educação continuada para os fisioterapeutas pediátricos atuarem nas unidades do SUS.

**Palavras-chave:** Criança. Adolescente. Fisioterapia. Doença Crônica.

## ABSTRACT

In recent years, there has been a clear change in the epidemiological profile of pediatric diseases in Brazil, with an effective increase in the population affected by chronic and complex health conditions. It is observed that the network of pediatric physical therapy is still incipient, given the demands of such population, and no studies were found under this prism. Thus, the objective of this research is understand the neuropediatric physiotherapeutic care network in the State of Rio de Janeiro, as well as other issues of clinical practice, such as the type of treatment offered and the qualification of the professio-

nal involved in child rehabilitation. This was an analytical and cross-sectional study carried out between the years of 2013 and 2016, in the health units that attend the Brazilian Unified Health System (SUS) in the municipalities of the State of Rio de Janeiro, and that offered physical therapy treatment for children and adolescents. The data of the present research point to a heterogeneity in the provision of the pediatric physiotherapeutic service and in the training of its professionals, reinforcing the need for a training / continuing education program for pediatric physiotherapists to work in the units of the SUS.

**Keywords:** Child. Adolescent. Physical Therapy Specialty. Chronic Disease.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 15 anos, nota-se uma mudança no perfil epidemiológico das doenças infantojuvenis brasileiras, com uma rápida transição das condições de saúde, em que ainda convivem condições agudas e condições crônicas de saúde dessa população<sup>1</sup>. As doenças crônicas não transmissíveis constituem hoje o maior desafio para os sistemas de saúde por modificarem o padrão de necessidades da população, o que lhe impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolutividade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que as doenças crônicas não transmissíveis responderam, em 2011, por 59% da mortalidade total do mundo, havendo uma estimativa de ultrapassar os 78% já no ano de 2020<sup>2</sup>.

O termo crianças com necessidades de saúde especiais (CRIANES) foi definido, em 1988, para designar aquelas crianças que têm ou estão em maior risco de apresentarem uma alteração crônica, seja no âmbito físico, seja do desenvolvimento, e que requerem cuidados de saúde de determinado tipo ou em quantidade superior ao que é exigido por crianças em geral<sup>3</sup>. No entanto, apesar de 13% a 18% de crianças serem consideradas como tendo necessidades, há uma variação considerável na complexidade clínica nas limitações funcionais e necessidade de recursos entre as CRIANES<sup>4</sup>.

Nota-se, portanto, uma inconsistência na maneira como essas crianças e adolescentes são definidos pela literatura. No presente artigo, tomar-se-á como base o conceito de condições crônicas de saúde em crianças e adolescentes de Cohen e colaboradores<sup>4</sup> (2011), proposto a partir de uma recomendação baseada em revisão sistemática sobre o assunto. Nesse trabalho, os autores propõem quatro amplos domínios para caracterizar doenças crônicas da infância: necessidades; condições crônicas; limitações funcionais; e utilização de cuidados em saúde. Eles chamam a atenção para uma revisão realizada por Feudtner e colaboradores (2000), que compilou uma lista da Classificação Internacional de Doenças, na qual o código “condições crônicas complexas” (CCC) foi estabelecido com base em uma definição operacional de uma condição clínica que tem a duração de mais do que 12 meses e envolve diferentes sistemas ou órgãos, exigindo um elevado nível de cuidados especiais e internação<sup>4</sup>.

As crianças com CCC necessitam, portanto, de assistência integral de saúde desde os primeiros dias de vida, com especial atenção a ações de estimulação do desenvolvimento sensorio-motor preco-

ce<sup>5</sup>. A estimulação ou intervenção precoce abrange uma variedade de estímulos para auxiliar o desenvolvimento motor e cognitivo de lactentes e crianças na faixa etária de zero a 3 anos, envolvendo tipicamente terapias tradicionais como fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia<sup>6-7</sup>. Embora esse tipo de estimulação não seja puramente uma técnica fisioterapêutica, a fisioterapia parece ser primordial para tratamento de crianças que apresentem sequelas predominantemente motoras<sup>8</sup>.

A partir da premissa do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro em que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, entende-se que programas de assistência à saúde infantil devem ser ofertados pelo sistema de saúde do País<sup>9</sup>.

O SUS encontra-se organizado a partir de um modelo de atenção à saúde que pressupõe a integração dos serviços interfederativos – por meio das redes de atenção, regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da Constituição Federal. A Carta Magna, ao estabelecer que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa<sup>10</sup>.

O SUS, da forma como está estruturado, mostra-se mais preparado para o cuidado das condições agudas presentes do que para o cuidado clínico das condições crônicas. A assistência à saúde de pessoas com CCC constitui um processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido por meio de sistemas integrados<sup>11</sup>.

Surgiram, assim, propostas de estruturação de redes de atenção à saúde, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favorecem o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes<sup>12</sup>. Em Portaria editada pelo Ministério da Saúde, consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>11</sup>.

Pensando no cuidado multidisciplinar de crianças com CCC, que muitas vezes perpassa por ações de reabilitação, observa-se que houve pouco progresso para a garantia da assistência integral a essa população. Para tentar melhorar a assistência, foram criados, pelo Governo Federal, diversos programas e ações de saúde em que se enfatizava a importân-

cia da intervenção precoce multiprofissional para a reabilitação da criança em toda a sua capacidade funcional<sup>9,13</sup>. Contudo, apesar da criação de alguns centros especializados, os serviços de reabilitação brasileiros têm cobertura assistencial baixa e organizada por tipo de deficiência, excluindo a assistência aos casos de deficiência múltipla<sup>14-16</sup>.

A partir do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, criado pelo Ministério da Saúde, houve um incentivo para a criação de centros de reabilitação especializados. Esse documento apresenta a intervenção precoce e, nesta, insere o tratamento fisioterapêutico como um instrumento de prevenção destinado a impedir a instalação de deficiências motoras, mentais ou sensoriais<sup>14</sup>.

Posteriormente, o Ministério da Educação e Cultura lançou um documento intitulado "Diretrizes Educacionais para Estimulação Precoce", em que ressaltou a importância dos programas de estimulação precoce para crianças com necessidades especiais e elaborou diretrizes e normas que fundamentavam esses programas, com relação ao tipo, tempo e frequência de atendimentos das terapias<sup>17</sup>.

A Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência somente foi regulamentada em 1999, por intermédio do Decreto nº 3.298/18. Essa política estabelecia em seu art. 16, inciso III que:

[...] cabe aos órgãos federais direta ou indiretamente, a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho.

A partir disso, iniciou-se a construção de programas de assistência para reabilitação e, posteriormente, o início de uma organização em rede de atenção, em que o tratamento fisioterapêutico destinado a crianças estava inserido como um dos pilares básicos<sup>13</sup>.

Já em 2010, o Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS<sup>19</sup>. Finalmente, em 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 793<sup>20</sup>, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, constituída pela atenção básica, atenção especializada em reabilitação e atenção hospitalar de urgência e emergência.

Como pode ser observado, o governo federal brasileiro estabeleceu critérios e diretrizes ge-

rais para os serviços de reabilitação, com relação a modelos de atendimento e organização da rede de serviços, porém a adequação e implementação dessas normatizações ficou a cargo dos gestores estaduais e municipais de acordo com a necessidade e realidade locais. No entanto, apesar dos avanços na construção dessa rede de serviços, ainda persistem questões que dificultam a obtenção de um cuidado verdadeiramente integral, em especial para crianças com CCC<sup>5,13</sup>.

O que se observa, relativo ao cuidado de crianças e adolescentes com CCC, é a presença de um maior risco de que ocorra o cuidado em saúde de maneira fragmentada, com falta de coordenação das ações, podendo se caracterizar por atendimento em diferentes instituições com duplicação de exames e planejamento desse cuidado sem que haja comunicação entre as partes envolvidas<sup>5,16</sup>.

Desse modo, as informações epidemiológicas podem ser valiosas, atenuando as desigualdades de cobertura assistencial à saúde e adequando a assistência. Todavia, não existem estudos sob este prisma que evidenciem a rede de assistência fisioterapêutica neurofuncional para crianças, principalmente no caso das CCC, assim como outras questões da prática clínica, como o tipo de tratamento oferecido e a capacitação do profissional envolvido na reabilitação infantil.

Partindo dessas considerações, esta pesquisa objetivou mapear e conhecer a rede de atenção fisioterapêutica neuropediátrica no estado do Rio de Janeiro, assim como verificar o tipo de atendimento oferecido e a qualificação do profissional sobre a atuação fisioterapêutica na área.

Acredita-se que o conhecimento referente a essa rede de atenção pode servir de base para a construção ou aprimoramento dessa assistência, a fim de contemplar todas as necessidades da clientela infantil.

## MÉTODO

Este foi um estudo analítico e transversal, nas unidades de saúde que atendem ao SUS nos municípios do estado do Rio de Janeiro, e que ofereciam tratamento de fisioterapia para crianças. Inicialmente, foram selecionados os municípios participantes a partir do quantitativo populacional (população acima de 200 mil habitantes) ou pela sua representatividade regional no estado, conforme Censo IBGE 2010.

Dessa forma, foram selecionados dois municípios de cada Região do estado (Norte Fluminense, Noroeste Fluminense, das Baixadas Litorâneas,

Serrana, Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense), exceto na Região Metropolitana, onde foram visitados todos os municípios que ofereciam esse tipo de atendimento.

A partir da seleção dos municípios, foi feito um contato com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e realizada busca ativa nos sites das SMS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a fim de obter uma listagem das unidades de saúde públicas que ofereciam atendimento ambulatorial de fisioterapia à população infantil. Quando o município selecionado não possuía ao menos três unidades públicas, foram visitadas todas as unidades particulares e filantrópicas que recebiam subsídio/repasso do SUS para tal fim. Após a confecção da relação de serviços, foi realizado um primeiro contato telefônico para confirmar se esses locais, de fato, realizavam atendimento fisioterapêutico neurofuncional para crianças.

Em relação aos serviços do município do Rio de Janeiro, optou-se pela inclusão de visita somente às unidades pertencentes aos Núcleos de Atenção Interdisciplinar do Desenvolvimento Infantil (NAIDI), criados para executar as ações de reabilitação no município e constituída atualmente por sete núcleos. Os NAIDI estão distribuídos nas áreas de planejamento (AP) (ou programáticas) do município do Rio de Janeiro e contam com equipes multidisciplinares para o atendimento ambulatorial de crianças com desvios do desenvolvimento sensório-motor<sup>13,21-22</sup>.

A partir da informação advinda dessas fontes, foram marcadas visitas técnicas e entrevistas com os chefes de serviços e com os fisioterapeutas dessas instituições a fim de conhecer o atendimento realizado, bem como a capacitação profissional dos fisioterapeutas, com o preenchimento de dois questionários elaborados com perguntas estruturadas e semiestruturadas específicas a cada entrevistado para coleta de dados sobre os objetos de pesquisa. Com relação à prática clínica, foram pesquisadas as seguintes variáveis: tipo de instituição, tipo de vínculo com o SUS, metodologia de trabalho fisioterapêutico, forma de atendimento, frequência e duração das sessões de tratamento. Já em relação aos profissionais, as variáveis foram: tempo de formado, especialização para trabalhar com crianças, participação em eventos ou atualizações em fisioterapia neurofuncional pediátrica, evolução das práticas pediátricas e dificuldades para realização de atualizações.

Os dados foram coletados entre julho de 2013 e agosto de 2016, armazenados no programa EPIINFO 2000 e analisados de forma descritiva, separando a amostra em dois grupos (Região Metropolitana e demais Regiões do estado), comparando os achados encontrados.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz sob o número CAAE 0083.0.008.000-11.

## RESULTADOS

**D**e acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados previamente 21 municípios do estado do Rio de Janeiro. Contudo, após o mapeamento das instituições de cada município, três foram excluídos da pesquisa – a saber: São João de Meriti, Belford Roxo e Magé, pois não foram localizados centros de tratamento fisioterapêutico ambulatorial pediátrico que pertencessem ou recebessem repasse do SUS. Desse modo, foram visitados 17 municípios, sendo 5 na região metropolitana e 12 nas demais regiões do estado.

A partir da seleção dos municípios, 44 instituições compuseram a amostra: 18 na região metropolitana e 26 nas demais regiões. O número de instituições visitadas em cada município variou de um a três, exceto o município do Rio de Janeiro, onde foram visitadas sete instituições.

Quando analisados os grupos Região Metropolitana e demais Regiões do estado, observou-se maior concentração de instituições no primeiro grupo.

### **Instituições: modelos e diretrizes utilizadas no tratamento fisioterapêutico pediátrico**

A tabela 1, que apresenta a distribuição dos grupos com os respectivos municípios, bem como das instituições, tipo de instituição visitada com relação ao vínculo com SUS (instituições próprias ou conveniadas), mostra claramente a carência de instituições na Região Noroeste Fluminense e um maior percentual de instituições próprias do SUS na Região Metropolitana.

*Tabela 1. Distribuição das instituições pesquisadas por grupos, municípios e tipo de vínculo com SUS. Rio de Janeiro, 2018*

<b>Grupos</b>	<b>Região / Municípios</b>	<b>Repasse SUS f (%)</b>	<b>SUS f (%)</b>
Metropolitana	Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Duque de Caxias e Nova Iguaçu	6 (33,3%)	12 (66,7%)
Demais Regiões	Norte Fluminense (Campos dos Goytacazes e Macaé)	0	6
	Noroeste Fluminense (Itaperuna e São José de Ubá)	1	1
	Serrana (Petrópolis e Teresópolis)	4	1
	Baixadas Litorâneas (Cabo frio e Maricá)	1	3
	Médio Paraíba (Volta Redonda e Angra dos Reis)	1	4
	Centro-Sul Fluminense (Vassouras e Três Rios)	3	1
<b>Total</b>		<b>10 (38,5%)</b>	<b>16 (61,5%)</b>

*Nota: f = frequência; % = percentual*

Quanto à assistência fisioterapêutica oferecida nas diversas instituições, observou-se que em ambos os grupos a metodologia de trabalho fisioterapêutico mais prevalente foi o conceito neuroevolutivo, associado ou não a outras técnicas ou métodos de tratamento. Contudo, seis instituições não souberam informar a metodologia de tratamento empregada, sendo uma da Região Metropolitana e cinco nas demais Regiões (tabela 2).

Ainda em relação às diretrizes de atendimento (tabela 2), somente uma instituição da Região Metro-

politana realizava sessão de tratamento exclusivamente em grupo, todas as outras ofereciam atendimento individual, sendo que algumas com ambas as possibilidades. As sessões de terapia recomendadas eram, na maior parte da amostra, de duas vezes por semana, havendo diferença mais relevante entre os grupos somente com relação ao tempo de duração de cada sessão. Toda a amostra referiu que orientava frequentemente os responsáveis pelas crianças quanto ao tratamento e exercícios domiciliares.

**Tabela 2.** Distribuição das instituições com relação à metodologia de trabalho, forma de atendimento, frequência e duração das sessões de tratamento. Rio de Janeiro, 2018

Variável		Região metropolitana	Demais regiões
Metodologia de trabalho	Conceito Neuroevolutivo	15 (83%)	19 (73%)
	Outros	2 (11%)	2 (8%)
	Não sabe informar	1 (6%)	5 (19%)
Tipo de atendimento	Individual	17 (94%)	26 (100%)
	Individual + grupo	7 (39%)	7 (27%)
	Grupo	1 (6%)	-
Frequência de atendimento	1 vez por semana	5 (6%)	1 (4%)
	2 vezes por semana	13 (94%)	24 (92%)
	3 vezes por semana	-	1 (4%)
Duração das sessões	30 minutos	12 (67%)	8 (31%)
	40 minutos	4 (22%)	8 (31%)
	45 minutos	2 (11%)	8 (31%)
	60 minutos	-	2 (7%)

### Perfil dos profissionais fisioterapeutas

Com relação aos fisioterapeutas, foi entrevistado um total de 75 profissionais, sendo 29 da Região Metropolitana e 46 das demais Regiões do estado. O tempo de formado variou de 2 a 35 anos, com mediana de tempo de 15,36 anos no grupo da Região Metropolitana e de 13,73 anos no outro grupo.

A maioria dos fisioterapeutas de ambos os grupos tinha algum tipo de formação específica para trabalhar com crianças (especialização, curso de extensão, pós-graduação ou residência), porém 21 (28%) profissionais referiram não possuir esse tipo de formação, sendo 8 (38%) da Região Metropolitana e 13 (62%) das demais Regiões.

Praticamente metade da amostra de cada grupo referiu participar de algum tipo de evento na área pediátrica no último ano (15/29; 26/46). Além disso, grande parte dos profissionais (69/75) notou evolução das práticas clínicas no tratamento fisioterapêutico nos últimos anos, mas destes, nem todos conseguiram se atualizar (6/69). Seis (8,7%) fisioterapeutas relataram dificuldades para realizar cursos ou atualizações profissionais, sendo três de cada grupo (Região metropolitana e Demais regiões).

As maiores dificuldades mencionadas pelos profissionais para se atualizarem foram: custo elevado de cursos/formação, falta de tempo, distância e falta de incentivo da instituição empregadora.

## DISCUSSÃO

Apesar dos vários documentos do Ministério da Saúde para implementação de um sistema em redes de atenção, ainda se observa uma concentração de instituições de reabilitação em regiões economicamente mais favorecidas no estado do Rio de Janeiro. Desde 1993<sup>15</sup>, o Ministério da Saúde já documentou essa questão da concentração de serviços. A Portaria do Ministério da Saúde nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, e destaca entre suas diretrizes, no art. 2º, inciso IX que haja “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”<sup>16</sup> com vistas a uma promoção de uma distribuição mais igualitária dos serviços entre as regiões e permitir acesso integral ao cuidado.

Mesmo com a restrição da coleta de dados aos NAIDI no município do Rio de Janeiro, a Região Metropolitana possuiu a maior concentração de instituições de tratamento. As regiões mais afastadas do centro econômico do estado, como a Noroeste Fluminense, a Médio Paraíba e a Centro-Sul Fluminense, ainda apresentavam número bem reduzido de locais de tratamento, em especial com locais próprios do SUS.

A despeito dessa concentração de assistência, considerou-se baixo o percentual de unidades municipais de saúde próprias do SUS que realizam atendimento especializado à população pediátrica. A rede de reabilitação parece pequena para garantir uma cobertura adequada aos pacientes. Com a mudança no perfil epidemiológico brasileiro na última década e aumento de doenças crônicas no Brasil, vive-se uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica, em que se nota, entre outros aspectos, uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas<sup>23</sup> e que, portanto, necessitam de cuidados continuados, principalmente no que diz respeito à habilitação e reabilitação.

No SUS, é permitido a contratação de serviços particulares ou filantrópicos para suprir necessidades específicas de algum serviço<sup>17</sup>. Contudo, considerou-se alta a presença de instituições conveniadas que recebiam repasse do SUS (n=16, 36%). Instituições filantrópicas dependem de subsídios financeiros de pessoas físicas ou jurídicas para o bom funcionamento, e isso pode dificultar um planejamento dos serviços em longo prazo e sua manutenção da qualidade<sup>17</sup>.

Os dados referentes aos modelos de tratamento oferecido pelas diversas instituições permitiram conhecer os serviços, nos diferentes municípios, e

verificar que apesar de heterogêneos, parecem de acordo com o preconizado na literatura no que diz respeito ao tipo de tratamento oferecido, frequência de atendimento e duração das sessões<sup>13,18,25</sup>. Segundo a literatura, a metodologia de trabalho neuro-evolutiva é a mais recomendada para o tratamento fisioterapêutico de crianças com sequelas neuromotoras ou atraso no desenvolvimento motor<sup>26-27</sup>. Ainda segundo as pesquisas, é recomendado que o tratamento fisioterapêutico seja realizado de forma individual, com frequência mínima de duas vezes por semana e com tempo de duração variando de 30 a 60 minutos<sup>17,27</sup>. Os documentos oficiais existentes, cancelados pelo Ministério da Saúde brasileiro, são somente orientações para a criação de programas de tratamento ou determinações a respeito da criação e distribuição de redes de serviços. Há carência de informações oficiais que determinem diretrizes concretas sobre os programas de tratamento de estimulação precoce no que concerne à prática clínica (tipo de tratamento oferecido, frequência de atendimento e duração das sessões).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) preconiza um conjunto de ações destinadas a atender às necessidades dessa população no que se refere à saúde, educação, trabalho, relacionamento afetivo e social. No entanto, a implantação desta tem-se mostrado bastante incipiente no que tange a redes de atenção em reabilitação pediátrica<sup>11</sup>. Em relação à acessibilidade no SUS, apesar dos profissionais atuantes nos programas de saúde pretenderem assegurar o atendimento a todos os cidadãos, ainda há muito por fazer para que as pessoas com deficiência recebam a assistência equitativa, igualitária e universal preconizada<sup>28</sup>. A desarticulação intersetorial entre gestores tem dificultado a efetiva aplicação da política. Além disso, questões relacionadas com a falta de recursos humanos e de recursos orçamentários vêm sendo apontadas por gestores e profissionais como fatores limitantes.

A partir do conhecimento do perfil dos fisioterapeutas atuantes nas instituições visitadas, notou-se que a maioria deles não possuía capacitação prévia para o exercício da atividade especializada, o que faz refletir sobre a questão da valorização do sujeito da atuação fisioterapêutica pediátrica: a criança. Por ser alguém aparentemente incapaz de estabelecer-se como sujeito de sua ação, que necessita ser tutelada por um adulto, emerge a discussão sobre a questão da autonomia da criança e do quanto reconhecido esse sujeito da ação fisioterapêutica o é. Outro aspecto a ser observado é que, em geral, a fisioterapia pediátrica está associada a uma subespecialidade da fisioterapia neurofuncional ou

pneumofuncional, e, portanto, os profissionais fisioterapeutas utilizam na pediatria modelos teóricos explicativos adaptados de outras especialidades<sup>29</sup>.

Outrossim, as dificuldades apresentadas pelos fisioterapeutas para sua capacitação profissional também são merecedoras de reflexão, a despeito de novos mecanismos de capacitação a distância e incentivo para tal.

A Organização Pan-Americana de Saúde tem colocado em pauta a discussão sobre a necessidade de melhorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde por meio do investimento na sua capacitação<sup>30-31</sup>.

Os dados da presente pesquisa, ao apontar para essa heterogeneidade na prestação do serviço fisioterapêutico pediátrico e da capacitação dos seus profissionais, reforçam a ideia da necessidade de um programa de capacitação/educação continuada para os fisioterapeutas pediátricos.

O perfil do fisioterapeuta pode ter uma relação direta com a estruturação e organização do sistema de saúde. Segundo Tribble e colaboradores<sup>32</sup>, um importante aspecto a ser estudado com relação à formação de redes de atenção é a questão das in-

tervenções de empoderamento, a partir da atuação dos profissionais de saúde envolvidos no processo e como eles realmente se sentem capacitados para seu desempenho em atendimento no contexto de problemas crônicos de saúde.

A fisioterapia em neuropediatria não é a única especialidade na qual a prestação de cuidados de saúde está ameaçada pela inadequada capacidade de equacionar a organização dos serviços e conhecimentos profissionais insuficientes. Contudo, em vista da nova demanda de crianças com CCC, a fisioterapia tem papel primordial para habilitação dessa população, possibilitando melhora da qualidade de vida e integração à sociedade.

Diante do exposto, pode-se inferir que, na luta pela garantia da integralidade na assistência fisioterapêutica no SUS, é necessário refletir, a partir da realidade percebida, sobre aspectos da organização do processo de trabalho, organização da rede de serviços e da gestão e planejamento destes, entendendo que características como acesso e qualidade dos serviços podem limitar a efetividade e resolutividade do cuidado prestado ao usuário<sup>33</sup>.

## CONCLUSÃO

A fisioterapia é um dos muitos serviços que uma criança com CCC pode necessitar, e, ao longo do tempo, a importância de um melhor acesso à fisioterapia pediátrica tem sido reconhecida. Desse modo, mapear e conhecer intrinsecamente os serviços oferecidos é primordial para a gestão e para o aprimoramento do cuidado.

A despeito do avanço das condições crônicas, o sistema de saúde parece ainda não se mostrar preparado para enfrentá-las, com serviços escassos e aglomerados em regiões economicamente favorecidas. A mudança epidemiológica que vem ocorrendo requer uma nova lógica de cuidados, na direção de uma reorientação de serviços de saúde,

assim como formação e capacitação de profissionais, assinalando a necessidade de investimento em uma nova pediatria<sup>5,34</sup>. Diretrizes mais concentradas com relação à prática clínica fisioterapêutica ou de estimulação precoce também são necessárias para homogeneidade dos tratamentos nas diferentes instituições<sup>17</sup>.

Sabe-se, contudo, que é necessário tempo para implementar uma mudança na organização do cuidado. No entanto, existem componentes básicos importantes para que essa mudança venha a se tornar realidade, dentre os quais, destaca-se uma equipe de profissionais em número suficiente para atender à demanda, capacitada e permanentemente atualizada para o cuidado à saúde das CCC e a tantos outros desafios que possam surgir.

## Referências

1. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):321-327.
2. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):343-352.
3. McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, Perrin JM, Shonkoff JP, Strickland B. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998; 102(1 pt 1):137-140.
4. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SK, Simon TD, Srivastava R. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*. 2011; 127(3):529-533.
5. Sá MRC, Ribeiro CTM, Thomazinho PA, Cavalcanti NC, Santos FL. Reflexões sobre a rede de atenção especializada em reabilitação de crianças e adolescentes com condições crônicas de agravos à saúde. *Cad Edu Saude e Fis*. 2015; 2(3):67-77
6. Simeonsson RJ, Cooper DH, Sheiner AP. A Review and Analysis of the Effectiveness of Early Intervention Programs. *Pediatrics*. 1982; 69(5):635-640.
7. Ribeiro CTM. Perfil da fisioterapia motora em crianças portadoras da Síndrome de Down [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
8. Doménech J, García-aymerich V, Juste J, Ortiz A. Rehabilitación motora. *Revista de Neurologia* 2001; 34(Supl1):S148-S150.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromisso para a saúde integral e redução da mortalidade infantil, Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 80p.
10. Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):867-874.
13. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(1):43-48.
14. Almeida, LGR. Estudos sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz; 2004.
15. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Secretaria de Assistência à Saúde 1993, p. 1-48.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
17. Ribeiro CTM. Estudo da Atenção Fisioterapêutica para Crianças Portadoras de síndrome de Down no Município do Rio do Janeiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
18. Brasil. Ministério de Educação e Cultura (MEC). Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades Especiais. Secretaria de Educação Especial. CORDE. Brasília: MEC- SEESP; 1995. 48p.
19. Brasil. Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1999.
20. Brasil. Ministério da saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.
22. Cavalcanti NC. Assistência Fisioterapêutica à Osteogenesis Imperfecta no Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira; 2013.
23. Negreiros MFV. Práticas relacionadas à detecção e intervenção nos desvios do desenvolvimento neuromotor em crianças de muito baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira; 2011.
24. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
25. Associação Brasileira de Fisioterapia Neuro Funcional – ABRAFIN. Parecer sobre estimulação precoce e Microcefalia. 2016.
26. Howle JM. Neuro-developmental Treatment Approach – Theoretical Foundations and Principles of Clinical Practice. Laguna Beach: NDTA, Inc., 381 p., 2002.
27. Uyanik M, Bumin G, Kayihan H. Comparison of different therapy approaches in children with Down syndrome. *Pediatrics International* 2003; 45:68-73.
28. França ISX, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev RENE* 2008; 9(2):129-137.
29. Sá MRC. A prática fisioterapêutica: reflexões sobre as ações cotidianas relacionadas à saúde da criança no ambiente hospitalar [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira; 2013.
30. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: OPAS; 2002.
31. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):973-986.
32. Tribble DSTC, Gallagher F, Bell L, Caron C, Godbout P, Leblanc JI, Morin P, Xhignesse M, Voyer L, Couture M. Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: perspectives of home care professionals, clients and caregivers. *BMC Health Serv Res* 2008;8:177.
33. Sousa ARB, Ribeiro KSQS. A Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica *R Bras Saúde* 2011; 15(3):357-368.
34. Moreira MCN, Gomes R, Sá MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2014; 19(7):2083-2094.

## **O CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS POR ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

THE CONSUMPTION OF ALCOHOL, TOBACCO AND OTHER DRUGS BY STUDENTS OF A PUBLIC  
SCHOOL OF THE COUNTRYSIDE OF RIO GRANDE DO SUL

**Elisete Cristina Krabbe**

**Tatiana Medina Sturzenegger**

**Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho**

Curso de Fisioterapia  
Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva  
Universidade de Cruz Alta-UNICRUZ

**Graziela Alebrant Mendes**

Curso de Biomedicina  
Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva  
Universidade de Cruz Alta-UNICRUZ

### **Contato**

Elisete Cristina Krabbe  
Rua Júlio de Castilhos, 288 - Vila Rocha  
Cruz Alta-RS  
CEP: 98025-400  
E-mail: eli7krabbe@gmail.com

Este projeto foi financiado pelo Programa Institucional  
de Bolsas de Extensão (PIBEX) da Universidade  
de Cruz Alta (UNICRUZ)

### **RESUMO**

Diversas mudanças ocorrem na fase da adolescência, portanto este trabalho teve por objetivo investigar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas pelos adolescentes matriculados no Instituto Estadual de Educação Professor Annes Dias, localizado na cidade de Cruz Alta/RS, além de elaborar um plano de educação em saúde a fim de conscientizar os alunos sobre a importância da promoção e prevenção da saúde. Foi aplicado um questionário, em sala de aula, para 398 alunos, com questões fechadas sobre a temática. Foi verificado que os jovens costumam consumir drogas lícitas e ilícitas, mesmo sendo proibidas para menores de idade. O álcool foi a droga mais utilizada, seguida do

tabaco e, após, das ilícitas, sendo a maconha a mais utilizada na primeira experiência. Alguns pais também costumam fazer o uso de drogas lícitas, contribuindo para que o filho adote os mesmos hábitos. Após a análise dos resultados, ações de educação em saúde foram realizadas para conscientizar os adolescentes sobre os prejuízos que essas substâncias oferecem à população, especialmente aos jovens. Com o estudo, conclui-se que ações de educação em saúde criam espaços e chances de reflexões, desmistificando ideias e promovendo uma melhor qualidade de vida, haja vista o elevado número de jovens que entram em contato com álcool, tabaco e/ou outras drogas.

**Palavras-chave:** Adolescente. Educação. Uso de Tabaco. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

## ABSTRACT

Several changes happen during adolescence, therefore, this paper aimed to investigate the consumption of alcohol, tobacco and other drugs by the adolescents enrolled in the State Institute of Education Professor Annes Dias, located in the city of Cruz Alta/RS, in addition to formulating a health educational plan to raise the awareness of the importance of health promotion and prevention. A questionnaire was applied in classroom to 398 students, with questions about the subject. It was discovered that young people usually consume licit and illicit drugs, even though the consumption of them are prohibited for minors. Alcohol was the most

common drug used, followed by tobacco and then the illicit: marijuana was the most used in the first experiment. Some parents also use licit drugs, contributing to their children's adoption of the same habits. After an analysis of the results, health education actions were carried out to educate adolescents about the damages that were presented, especially to young people. The study concludes that health education actions create spaces and opportunities for reflection, demystifying ideas and promoting a better quality of life, given the high number of young people who come into contact with alcohol, tobacco and / or other drugs.

**Keywords:** Adolescent. Education. Tobacco Use. Alcoholic Drinking.

## INTRODUÇÃO

Na adolescência, ocorrem mudanças físicas, cognitivas intensas, psicológicas e sociais, progredindo e podendo gerar dúvidas e receios<sup>1</sup>. O jovem tem a percepção de que nada acontecerá e que a situação sempre pode ser controlada, aumentando as chances do contato com as drogas<sup>2</sup>.

O álcool e outras drogas estão assumindo um lugar na sociedade antes ocupado por outros hábitos; é inegável que as pessoas (jovens e adultos) buscam consumir tais substâncias para obter efeitos prazerosos, relaxantes ou anestésicos<sup>3</sup>.

O Brasil, quando comparado com os demais países das Américas, apresenta os maiores índices de morte associada ao consumo de álcool por jovens entre 15 e 19 anos. A ingestão de álcool na adolescência intensifica as chances de gravidez, de envolver-se em acidentes e violência, além de acometer a formação cerebral<sup>4</sup>.

De acordo com a Lei Federal nº 8.069, art. 243, é proibido vender, fornecer, servir ou ministrar bebida alcoólica a menores de idade no País, entretanto, como não há uma fiscalização severa, os jovens conseguem ter acesso e fazer uso dela<sup>5</sup>.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva<sup>6</sup>, não somente o álcool, mas também muitos adolescentes têm sido expostos precocemente ao tabagismo para que, dessa forma, possam ser aceitos pelo "grupo", a fim de conquistarem um espaço na sociedade. A nicotina também é um fator preocupante, pois ela pode ser

a "porta de entrada" para o uso de outros tipos de drogas.

Quando os pais fazem o uso de álcool e/ou tabaco, as crianças são o alvo perfeito para adquirir os mesmos hábitos, visto que os pais são modelos de comportamento para seus descendentes, sendo essas drogas apresentadas no próprio seio familiar<sup>7</sup>.

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil<sup>8</sup> mostraram que 17,2% dos jovens de 12 a 17 anos já fizeram uso de alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida, 7% já apresentavam dependência de álcool e 2,9% dependiam de tabaco.

O contato com as drogas está associado a problemas escolares, contribuindo para o menor aprendizado e elevando as taxas de evasão escolar<sup>9</sup>. Segundo Rigoni et al<sup>9</sup>, em sua pesquisa, verificou-se que os adolescentes que eram usuários de maconha apresentaram um desempenho inferior quando foram comparados aos adolescentes que não faziam o uso da maconha, demonstrando que a droga pode afetar o funcionamento neuropsicológico dos usuários.

Alinhado a essas perspectivas, o Projeto de Extensão PIBEX/UNICRUZ "Ações inovadoras e interdisciplinares de educação e saúde para o êxito da promoção e prevenção da saúde do escolar do Instituto Estadual de Educação Professor Annes Dias" teve como objetivo investigar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas dos alunos que estão matriculados na escola localizada na cidade Cruz Alta, interior do Rio Grande do Sul. Após, foi desenvolvido um plano de educação em saúde para conscientizar os alunos sobre a importância da promoção e prevenção da saúde, contribuindo para a segurança e aumentando a qualidade de vida.

## MÉTODO

Este trabalho tem característica de um estudo exploratório e descritivo, que foi realizado com alunos do Ensino Médio e Técnico Profissionalizante (Enfermagem, Secretariado, Química, Contabilidade e Administração) do IEE Professor Annes Dias, matriculados no ano de 2016.

Foto 1. Parceiros do projeto - bolsistas PIBEX/UNICRUZ e direção do IEE Professor Annes Dias



A coleta dos dados foi realizada em sala de aula por meio da aplicação de um questionário com perguntas fechadas, sendo recolhido pelos pesquisadores após o seu preenchimento. Participaram do estudo apenas os alunos que se dispuseram a responder à investigação, totalizando 398 alunos.

O instrumento utilizado foi o mesmo empregado em um estudo realizado com estudantes do Rio Grande do Sul, no âmbito do projeto “A Saúde do Escolar da Rede Pública Municipal de Gravataí-RS”, sendo que os desfechos estudados foram o consumo de álcool, tabaco e outras drogas.

Os alunos que optaram por não participar do preenchimento do questionário continuaram com suas atividades em sala de aula, entretanto, após análise e discussão dos resultados, foi elaborado um plano de educação em saúde, levando informações e conhecimento a fim de melhorar as atitudes e práticas com relação ao consumo de bebidas alcoólicas e uso de tabaco e outras drogas durante a adolescência para todos os alunos, professores e demais colaboradores.

As ações foram construídas e desenvolvidas pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia, Medicina Veterinária e Biomedicina da Universidade de Cruz

Alta/UNICRUZ. Dessa forma, o estudo contribuiu para a construção de uma política de educação e saúde articulada ao Projeto Político-Pedagógico da escola, sendo apresentados a seguir os resultados da pesquisa sobre o conhecimento, os quais precederam as ações de extensão desenvolvidas com os jovens, a fim de conscientizá-los sobre a importância do não envolvimento com as drogas lícitas e ilícitas.

Esse plano de educação em saúde constou de oficinas pedagógicas com distribuição de *folders* educativos e *banners* com os resultados encontrados, os quais foram expostos no interior da escola para que os alunos pudessem refletir sobre os achados. Foram distribuídos preservativos masculinos e femininos para que os jovens tenham consciência da importância da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), visto que o início precoce da vida sexual associado ao uso de drogas aumenta significativamente as chances de contrair alguma IST ou gravidez não planejada.

A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva sob a forma de percentuais utilizando o SPSS. O projeto teve apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP – da UNICRUZ, sob o número CAAE 0014.0.417.000-10 (Plataforma Brasil).

## RESULTADOS

O total de jovens que se dispuseram a participar da pesquisa foi de 398 alunos, sendo que destes, 40% (n=159) são do gênero masculino, e 60% (n=237) são do gênero feminino. Ademais, 72,4% (n=288) autorreferiram ter a cor da pele branca.

Na questão “Você já usou álcool em sua vida?”, 83,4% (n=332) relataram que já fizeram o uso dessa substância, 15,6% (n=62) nunca a usaram e 1% (n=4) não marcou nenhuma opção. A média da idade de primeira experiência foi de 14,6 anos.

**Tabela 1.** Resultados em relação ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas pelos estudantes. Cruz Alta, 2018

Questões	Respostas			Média de idade do 1º contato
	Sim	Não	Não responderam	
Você já usou álcool em sua vida?	83,4% (n=332)	15,6% (n=62)	1% (n=4)	14,6 anos
Você já usou tabaco em sua vida?	30,45% (n=121)	67,6% (n=269)	2%(n=8)	14,9 anos
Já fez uso de algum tipo de droga?	19,1%(n=76)	80,9%(n=322)	-	15,5 anos

Dos que utilizaram álcool, 40,9% (n=136) beberam pela primeira vez na própria casa. 54,2% (n=180) relataram que não ingeriram bebidas alcóolicas nos últimos 30 dias, porém, 33,8% (n= 112) fizeram o uso de 1 a 2 vezes nesse período, 7,2% (n=24) usaram de 3 a 9 vezes e 4,8% (n=16) fizeram uso mais de 10 vezes nos últimos 30 dias.

Na pergunta “Qual seria a reação da família se estivesse embriagado”, 5% (n=20) não responderam à questão, 44,7% (n=178) relataram que a família ficaria chateada, 26,4% (n=105) afirmaram que a família não perceberia/não daria importância e 23,9% (n=95) não sabem.

Sobre o uso do álcool pelos pais, 24,1% (n=96) relataram que somente o pai faz uso, 4,5% (n=18) informaram que a mãe faz uso de álcool, 19,1% (n=76) referem que ambos bebem e 45,2% (n=180) informaram que os pais não bebem. Os demais relataram que não sabem se os pais fazem o uso ou não responderam à questão.

Na pergunta “Com quem costuma beber?”, várias opções poderiam ser marcadas, portanto, 57,5% (n= 229) responderam que costumam beber com amigos, 21,6% (n=86) informaram com a própria família e 8,3% (n=33) bebem sozinhos ou com outras pessoas.

Quanto ao tabaco, 30,4% (n=121) relataram que já fizeram o uso dele alguma vez em sua vida, 67,6% (n=269) não fizeram e 2% (n=8) não responderam. Dos que já fizeram o uso, 41,3% (n=50) usaram tabaco nos últimos 30 dias, sendo a média de idade da primeira experiência de 14,9 anos.

Na pergunta “Onde costuma fumar?”, mais de

uma opção poderia ser assinalada, portanto, 23,1% (n=28) relataram que fumam em casa, 9,9% (n=12) fumam na escola, 22,3% (n=27) fumam em casas de amigos, 32,1% (n=28) fumam em festas e bares, 8,3% (n=10) fumam em parques, shoppings, ruas e 5% (n=6), em outros lugares.

Como dados referentes sobre o uso do tabaco pelos pais, obteve-se que 52,8% (n=210) deles não fumam, 15,3% (n=61) informaram que somente o pai fuma, em 12,6% (n=50) dos casos somente a mãe fuma, 9% (n= 36) informaram que ambos fumam e os demais não souberam responder ou não responderam à questão.

Em relação às drogas, 19,1% (n=76) relataram que já fizeram o uso de algum tipo, sendo que, nos últimos 30 dias, 26,3% (n=20) haviam feito o uso pelo menos uma vez. A média de idade em que os jovens tiveram o primeiro contato com algum tipo de droga foi de 15,5 anos.

Na pergunta “Qual foi a droga utilizada na primeira experiência?”, 75% (n=57) relataram que a maconha foi a primeira utilizada, seguida de ecstasy com 10,5% (n=8). Os demais relataram que usaram anabolizantes, anfetaminas, solventes e cocaína.

Após a tabulação e análise dos dados, oficinas de educação em saúde foram realizadas no ambiente escolar, visto que muitos jovens já tiveram contato com os diversos tipos de drogas. As oficinas abordaram questões relevantes, como os riscos de contrair alguma IST, gravidez indesejada, entre outras, pois o consumo exagerado leva o jovem à dependência, ocasionando alterações no comportamento e na saúde.

**Foto 2.** Ações para conscientização da importância da educação em saúde



Durante as ações, os alunos puderam esclarecer dúvidas e adquirir novos conhecimentos, pois foram sensibilizados, informados e conscientizados para que tenham condições de adotar atitudes que contribuam para sua segurança e aumentem sua qualidade de vida.

## DISCUSSÃO

No “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras”, realizado em 2010, a média de idade para o início do uso de álcool foi de 13 anos, sendo a menor idade quando comparada a todas as drogas pesquisadas<sup>10</sup>. A mesma situação verifica-se neste estudo, porém a média da idade é um pouco superior ao da pesquisa, sendo 14,6 anos. Em outro estudo<sup>11</sup> com estudantes universitários, dos que ingeriram álcool, a maioria (92,7%) relatou que teve contato antes mesmo de ingressar na faculdade.

Muitas famílias não se dão conta do quão significativo é ensinar os valores familiares e socioculturais às crianças e jovens com o propósito de criar cidadãos, visto que, em muitos casos, o álcool acaba fazendo parte da rotina familiar, em que o jovem acaba adquirindo os mesmos hábitos e costumes nesse ambiente<sup>12</sup>. Neste estudo, verifica-se que é grande o número de jovens que referem que a família não perceberia/não daria importância ou até mesmo não sabe

qual seria a reação ao vê-los embriagados; no entanto, esses casos podem estar associados a problemas familiares, pois em um ambiente em que as regras são claras sobre o não uso de álcool faria com que a família ficasse preocupada com a situação, buscando formas de atuar na prevenção desses casos.

Os pais que usam substâncias oferecem menos suporte, monitoramento e outros cuidados aos filhos. Dessa forma, o consumo de substâncias pelos pais pode aumentar as chances de os adolescentes referirem problemas familiares; outrossim, os problemas familiares podem elevar as chances de consumo de substâncias pelos jovens<sup>13</sup>. Como já foi visto nos resultados, foi significativo o número de pais, mães ou ambos que fazem uso de álcool, dessa forma, pode-se explicar o alto índice de jovens que relataram o descaso da família ao ver o filho embriagado. Almeida et al.<sup>14</sup> concluíram em seu trabalho que “os familiares, principalmente pais, são os responsáveis pelo primeiro uso do álcool, sendo eles que proporcionam este primeiro contato”.

Em um trabalho, os autores<sup>15</sup> citam que, na adolescência, o jovem deixa de viver somente com a família e começa a criar vínculos com amigos a fim

de se inserir no mesmo grupo, dessa forma, acaba adotando os mesmos hábitos, entre eles o contato com o álcool, que é uma droga aceita por todos os níveis sociais. Todavia, quanto mais precoce for seu contato, maiores serão as chances de o adolescente tornar-se dependente. Como constatado neste estudo, mais da metade dos jovens que já tiveram contato com o álcool costumam beber com amigos.

Já referente ao tabaco, cerca de 80% dos adultos fumantes começam a adquirir esse vício antes de completarem os 18 anos de idade, o que por lei é proibido<sup>16</sup>. Neste estudo, 30,4% dos jovens pesquisados já utilizaram o tabaco ao menos uma vez em sua vida.

Mesmo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que tem por objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, a sociedade não exerce suas atribuições de controlar o uso das drogas. Muitas vezes, a própria sociedade acaba estimulando e promovendo o consumo de álcool e tabaco, inclusive na própria família<sup>17</sup>, na qual pais e demais familiares apresentam e oferecem essas drogas aos jovens, como visto neste nosso estudo, que é elevado o número de pais que utilizam o álcool e tabaco no ambiente familiar, provocando uma curiosidade aos próprios filhos, os quais anseiam experimentar o que é “proibido”.

As estruturas cerebrais responsáveis pelo controle dos comportamentos e impulsos ainda não possuem maturidade, elevando os índices de se tornar um dependente químico<sup>18</sup>. Dessa forma, os jovens agem pelo impulso, não pensando nas consequências futuras que a dependência irá causar, visto que

a idade média daqueles quanto ao primeiro contato com o tabaco foi de 14,9 anos.

Referente às drogas ilícitas, em vários estudos<sup>13, 19</sup>, a maconha foi a primeira droga mais utilizada, corroborando este estudo, no qual 75% dos entrevistados utilizaram a maconha como droga na primeira experiência. Entretanto, acredita-se que o preço mais baixo e o fácil acesso, quando comparado às demais drogas, explica esse elevado percentual de utilização da maconha na primeira experiência<sup>20</sup>.

Após a pesquisa, como citado nos resultados, foram realizadas oficinas de educação em saúde no ambiente escolar, com intuito de conscientizar o jovem quanto ao perigo que as drogas oferecem à saúde.

É sabido que os usuários de outras drogas, na maioria das vezes, já utilizaram álcool e tabaco, logo é essencial que as ações para evitar o uso de drogas ilícitas e psicotrópicas sejam concomitantes às de combate ao fumo e ao uso de bebidas alcoólicas<sup>21</sup>.

O ambiente escolar tem papel político fundamental, pois é um recinto favorável para desenvolver ações educativas em saúde, visto que ali se edificam, desfazem-se ou se eternizam princípios por meio da propagação de valores e crenças. Os hábitos e atitudes se constroem e se solidificam nessa fase da vida, em vista disso, a escola é um ambiente potencializador para o desenvolvimento de um trabalho direcionado, sistematizado e permanente<sup>22</sup>.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo, foi possível conhecer a realidade dos alunos e o quanto estão vulneráveis, visto que é grande o número de jovens que consomem bebidas alcoólicas, fazem uso de tabaco, além das drogas ilícitas antes mesmo da maioridade.

Para tanto, ações de educação em saúde criam espaços e chances de reflexões entre os pesquisados e pesquisadores, sendo possível desmistificar ideias presentes no dia a dia do jovem e construir novas aprendizagens para aumentar a promoção e prevenção da saúde, além de melhorar a qualidade de vida de toda a comunidade escolar.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola. Brasília. DF: 2013.
2. Gil HLB, Mello DF, Ferriani MGC, Silva MAI. Opinião de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Peru. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(especial):551-557.
3. Martins ERC, Zeitoun RCG, Francisco MTR, Spindola T, Marta CB. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. *Rev Enferm.* 2009; 17(3):368-372.
4. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Status do consumo de álcool nas Américas. [site na internet]. [Acessado 2016 Jun 06]. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/6510/status-consumo-alcool-nas-americas.php>.
5. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. 9 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). [site na internet]. [Acessado 2016 jul 06]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoaes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/criancas-adolescentes-jovens](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoaes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/criancas-adolescentes-jovens).
7. Araújo AJ. Tabagismo na adolescência: Por que os jovens ainda fumam? *J Bras Pneumol.* 2010; 36(6):671-673.
8. Carlini EA, supervisão. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2006.
9. Rigoni MS, Oliveira MS, Moraes JFD, Zambom LF. O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. *Psicologia em Estudo* 2007; 12(2):267-275.
10. Carlini EA, supervisão. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras - 2010. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2010. 503 p.
11. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(2):376-385.
12. Schenker M. Valores familiares e uso abusivo de drogas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 168 p.
13. Malbergier A, Cardoso LRD, Amaral RA. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4):678-688.
14. Almeida RMM, Trentini LB, Klein LA, Macuglia GR, Hammer C, Tesmmer M. Uso de Álcool, Drogas, Níveis de Impulsividade e Agressividade em Adolescentes do Rio Grande do Sul. *Psico* 2014; 45(1):65-72.
15. Rozin L, Zagonel IPS. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):314-318.
16. Rodrigues MC, Viegas CAA, Gomes EL, Morais JPMG, Zakir JCO. Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(10):986-991.
17. Lopes GT, Belchior PC, Felipe ICV, Bernardes MM, Casanova EG, Pinheiro APL. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. *Rev Enfermagem UERJ* 2012, 20(1):33-38.
18. Stoltenberg SF, Batiene BD, Birgenheir DG. Does Gender Moderate Associations Among Impulsivity and HealthRisk Behaviors? *Addict Behavior* 2008; 33(2):252-265.
19. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem* 2013; 22(3):662-670.
20. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(3):399-410.
21. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(11):2487-2498.
22. Mont'Alverne DGB, Catrib AMF. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. *Rev Bras Promoção da Saúde* 2014; 26(3):307-308.

## **IMPLANTAÇÃO DE UMA NOVA PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

IMPLANTATION OF A NEW PEDAGOGICAL PROPOSAL FOR THE SUPERVISED INTERNSHIP IN  
PHYSICAL THERAPY IN PRIMARY CARE: EXPERIENCE REPORT

**Adriane Pires Batiston**  
**Lais Alves de Souza Bonilha**  
**Fernando Pierette Ferrari**  
**Arthur de Almeida Medeiros**  
**Clayton Duenha**

Curso de Fisioterapia  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

### **Contato**

Adriane Pires Batiston  
Cidade Universitária s/n  
Campo Grande-MS  
CEP: 79070-900  
E-mail: abatiston@gmail.com

### **Suely Grosseman**

Departamento de Pediatria  
Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Santa Catarina

### **Roberto Zonato Esteves**

Curso de Medicina  
Universidade Estadual de Maringá

## **RESUMO**

O estágio de Fisioterapia na atenção básica, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família, sempre se configurou como um desafio pela inexistência do profissional fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família em Campo Grande/MS e pelo modelo de trabalho desenvolvido pelas equipes que possuíam uma visão limitada das possibilidades de atuação do fisioterapeuta. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família pode ser transformado por estratégias que possibilitem a experiência do aprendizado e do trabalho em equipe para todos os atores envolvidos, aproximando o mundo da formação do mundo do trabalho. Assim, o objetivo deste artigo foi relatar a experiência da implantação de uma nova proposta pedagógica para o Estágio Supervisionado em Fisioterapia na Atenção Básica. A nova proposta pedagógica foi construída coletivamente pelos

docentes e fisioterapeutas da universidade e pelas equipes de Saúde da Família e foi apoiada em uma nova lógica do trabalho dos estagiários, estando estes inseridos em ações de educação, cuidado, gestão e participação social, tendo uma equipe de referência dentro da qual realizou todas as atividades previstas para o desenvolvimento de competências esperadas para sua formação nesse nível de atenção. A partir da avaliação dos primeiros estudantes participantes da nova proposta implantada, identificaram-se impactos positivos da experiência, com destaque para o sentimento de pertencimento do aluno à equipe de Saúde da Família à qual estava vinculado, avançando na prática interprofissional e na integração do estudante com pacientes e familiares, propiciando cuidado mais resolutivo; e contribuindo para a mudança da percepção da equipe sobre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Educação Superior.

## ABSTRACT

The internship in Physical Therapy within Primary Care of the Physical Therapy course of the Federal University of Mato Grosso do Sul, conducted in the Family Health Basic Units, has always been a challenge due to the lack of physical therapists in the Family Health Strategy in Campo Grande/MS, and also because of the work model developed by teams that had a limited view of the possibilities of action of physical therapists. The work process in the Family Health Strategy can be transformed by strategies that allow the experience of learning and of teamwork for all the actors involved, bringing the world of training closer to the world of work. Thus, the objective of this article is to report the experience of the implementation of a new pedagogical proposal for the Supervised Internship in Physical Therapy in Primary Care. The new pedagogical proposal was

built collectively by the faculty and physical therapists of the university and by the Family Health teams, and was supported by a new logic of interns' work, being inserted in actions of education, care, management and social participation, with a reference team within which it carried out all the planned activities for the development of the expected competencies for its qualification in this level of care. From the evaluation of the first students participating in the new implemented proposal, positive experiences were identified, highlighting the student's sense of belonging to the Family Health team to which they were linked, advancing in interprofessional practice and student integration with patients and family members, providing more resolute care; and contributing to the change in the perception of the team about the physical therapist's possibilities in Primary Care.

**Keywords:** Physical Therapy Specialty. Primary Health Care. Education, Higher.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O fisioterapeuta brasileiro, em seus primórdios conhecido como paramédico, passou à condição de técnico em Fisioterapia em 1963, ainda como auxiliar dos médicos; e apenas em 1969, foi reconhecido como profissional de nível superior pelo Decreto 938/69<sup>1,2</sup>. Assim, a Fisioterapia, como outras profissões da área da saúde, originou-se de uma subdivisão da Medicina, que, como primeira profissão da área da saúde, passou a especializar-se e ramificar-se em outras profissões.

Em suas quatro primeiras décadas, o fisioterapeuta ganhou reconhecimento social e criou sua identidade profissional fortemente relacionada com ações de recuperação funcional de agravos físicos<sup>3</sup>. No campo da reabilitação, desenvolveu novas tecnologias, avançou na produção de evidências científicas e consolidou sua atuação como membro de equipes de saúde nos níveis de atenção secundário e terciário<sup>3,4</sup>.

A Fisioterapia, entretanto, não acompanhou a evolução das políticas de saúde, especialmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reorientação do modelo assistencial brasileiro, que instituiu a Atenção Básica (AB) como estratégia prioritária para os cuidados em saúde. A AB deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social<sup>5</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada com vistas a potencializar a reorganização da AB, que se fundamenta na vigilância à saúde e possui a família como foco principal de sua atenção, a partir do seu ambiente físico e social. Uma das características da ESF é o trabalho exercido por uma equipe multiprofissional formada em sua constituição básica por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, essa equipe inclui ainda um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental<sup>5</sup>. O fisioterapeuta não está inserido na equipe básica da ESF. Entretanto, ele pode integrar as equipes ampliadas da ESF ou compor, juntamente com outros profissionais, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A oferta de cuidado integral, buscando responder de forma mais efetiva às necessidades de saúde da coletividade, pressupõe maior acesso da população a ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação<sup>6</sup>. Isto requer uma atuação integrada e colaborativa de uma gama de profissionais da saúde para além do médico; entre eles, o fisioterapeuta. Assim, é imprescindível que os profissionais experimentem o trabalho interprofissional desde sua formação na graduação, estando assim preparados para o mundo do trabalho<sup>6</sup>.

A inserção do fisioterapeuta na AB e em especial na ESF, embora venha adquirindo crescente importância nos serviços de saúde, tem ocorrido muito timidamente, o que sugere que o acesso à atenção fisioterapêutica está bem aquém do necessário para o cuidado integral à saúde das coletividades<sup>7</sup>. Atu-

ar como membro das equipes de Saúde da Família (eSF), portanto, requer do fisioterapeuta a utilização de tecnologias leves e leve-duras e o desenvolvimento de competências para um fazer reflexivo, dotado de novos sentidos e coerentes com a proposta da ESF<sup>8</sup>.

A presença do fisioterapeuta na ESF, além da contribuição para o cuidado integral, poderia em muito auxiliar a equipe no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, considerando-se o perfil epidemiológico contemporâneo, reduzindo os riscos de comprometimentos funcionais por meio de ações voltadas para indivíduos e grupos, no sentido de melhorar ou preservar o desempenho físico-funcional com impactos diretos na vida das pessoas<sup>9</sup>.

No que tange à formação do fisioterapeuta, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia (DCN/Fisio)<sup>10</sup>, em 2002, mobilizou escolas e organizações sociais a fim de revisarem seus projetos pedagógicos, comprometendo-se com a formação de profissionais para atuarem no sistema de saúde vigente no País, nos três níveis de atenção, inclusive na AB.

Passados 14 anos da implantação das DCN/Fisio e da construção de conhecimentos significativos sobre a inserção do fisioterapeuta na AB, todavia, a incorporação desse profissional na ESF esbarra em diversos fatores que acabam por criar um ciclo crítico: o SUS necessita de profissionais fisioterapeutas dotados de novas competências para atuar na AB. Essa necessidade desencadeou mudanças nas escolas, que passaram a incluir disciplinas e estágios em atenção básica em seus currículos de graduação. Os estudantes, porém, nem sempre conseguem vivenciar a realidade de atuação do fisioterapeuta na AB, uma vez que esse profissional não está inserido nesse nível com a intensidade necessária. Isso desmotiva os estudantes a idealizarem sua atuação profissional nesse nível de atenção, interferindo na qualidade dos profissionais que acabam sendo absorvidos pelo sistema de saúde, muitas vezes, sem o domínio de competências para atender às expectativas da equipe, dos gestores e, principalmente, da população.

### **Identificação do Problema**

O curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) foi criado em 2008 e caracteriza-se como o único curso de Fisioterapia de caráter público em Mato Grosso do Sul. Desde a sua criação, o curso apostou em um Projeto Pedagógico comprometido com princípios e diretrizes do SUS e com as necessidades da população brasileira, que ainda enfrenta dificuldades de acesso ao profissional fisioterapeuta, especialmente na AB. Ele estrutura-se a partir do quadrilátero da formação proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004)<sup>9</sup> e busca formar profissionais que também pro-

movam a saúde e previnam doenças musculoesqueléticas, crônico-degenerativas e outras decorrentes do aumento da expectativa de vida, além de atuarem em práticas já fortemente instituídas do fisioterapeuta nos níveis de atenção secundário e terciário, desenvolvidas prioritariamente em ambulatórios, clínicas e hospitais.

Em 2013, iniciaram-se os estágios obrigatórios do curso de fisioterapia da UFMS, momento em que se firmou um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande para a inserção dos alunos do 9º e 10º semestres na ESF. A nova proposta constituiu-se como desafiadora para todos os atores envolvidos, pois a chegada de estudantes provenientes de um curso, cuja categoria profissional não estava inserida nesse nível de atenção, certamente provocaria mudanças no processo de trabalho dessa equipe e no cuidado das pessoas atendidas. Diante disso, verificou-se a necessidade de investigação acerca do conhecimento dos profissionais da eSF sobre a atuação do fisioterapeuta no âmbito da AB. A pesquisa realizada demonstrou que, na percepção da maioria dos profissionais, o fisioterapeuta atuava com pessoas portadoras de doenças já instaladas, com foco na reabilitação e cura, em detrimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

A falta de conhecimento dos profissionais sobre a atuação do fisioterapeuta na AB parece refletir também a visão dos gestores e da própria população que, culturalmente, também relacionam o fisioterapeuta com práticas essencialmente reabilitadoras. Esse fato representava uma barreira para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na população. Por outro lado, essas práticas são extremamente importantes para o cuidado integral e mudança na condição de saúde das pessoas.

Passados dois anos do início das atividades dos estagiários de Fisioterapia na Unidade Básica de Saúde da Família Macaúbas, onde estão alocadas três eSF, percebeu-se que a mudança da visão da equipe de saúde e da comunidade sobre a atuação do fisioterapeuta vinha se ampliando em velocidade e qualidade aquém do esperado, ou seja, os encaminhamentos da equipe e a procura espontânea da comunidade eram, em grande parte, para atenção fisioterapêutica a pessoas já acometidas por agravos e comprometimentos funcionais significativos e que, portanto, não se beneficiariam de atenção em nível primário.

Mesmo estando diariamente na Unidade Básica de Saúde da Família, os estudantes de fisioterapia, sob supervisão de docente fisioterapeuta, desenvolviam suas ações dissociadas das atividades das eSF. Como consequência, na avaliação de sua experiência na ESF, eles descreviam dificuldade de interação com a equipe, além de muitas vezes sentirem-se solitários e impotentes para resolução dos problemas de indivíduos e famílias sob seus cuidados.

Os estudantes também referiam dificuldades de comunicação com a equipe de saúde e desconheciam algumas ações que estavam em desenvolvimento, nas quais poderiam contribuir para melhorar a qualidade da atenção ofertada. Além disso, o desconhecimento das equipes sobre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta em ações com objetivos de promoção da saúde e prevenção de agravos aumentava a frequência de encaminhamentos de “pacientes” restritos ao leito ou com sérios comprometimentos físico-funcionais, e, paralelamente, os profissionais da equipe não se envolviam com as ações propostas pela fisioterapia na unidade. Diante disso, a partir de reflexões suscitadas, foi desenvolvida uma nova proposta pedagógica para o estágio na AB, buscando-se uma maior aproximação entre o processo profissionalizante da formação e o mundo do trabalho, valorizando-se todo o potencial de atuação dos estudantes de Fisioterapia em ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento nesse nível de atenção.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é relatar a experiência da implantação de uma nova proposta pedagógica para o Estágio Supervisionado em Fisioterapia na AB.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O presente trabalho apresenta o relato da experiência, em que, por meio de abordagem qualitativa, foram coletadas as percepções dos quatro alunos envolvidos na implantação inicial da proposta pedagógica, objeto deste relato. A análise dos dados foi realizada por análise temática de conteúdo. Os temas emergentes estão ressaltados em negrito.

### O processo de elaboração e implantação do estágio obrigatório na AB

A partir dos objetivos do estágio obrigatório de Fisioterapia na AB (quadro 1), a implantação da proposta desenvolveu-se em quatro fases distintas:

**Quadro 1.** *Objetivos do Estágio em Atenção Básica (Estágio Obrigatório em Território de Prática I) do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul*

#### Objetivos do Estágio de Fisioterapia em Atenção Básica

1. Desenvolver competências para a execução de ações em equipe voltadas para a saúde da família, do adulto, do idoso, da mulher, da criança e do adolescente.
2. Desenvolver competências para o diagnóstico físico funcional de adultos, idosos, crianças e adolescentes em diferentes condições clínicas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e domicílios.
3. Desenvolver competências para a tomada de decisão na seleção e aplicação de recursos terapêuticos.
4. Desenvolver competências para a identificação e redução de riscos, a prevenção e minimização de agravos considerando-se os determinantes de saúde e os indicadores epidemiológicos e demográficos.
5. Desenvolver competências para proposição e execução de projeto terapêutico singular em equipe multiprofissional.
6. Desenvolver competências para a participação e condução de ações de educação permanente nas equipes.
7. Desenvolver competências para a participação e condução de ações de educação em saúde na comunidade.
8. Proporcionar a participação e reconhecimento do controle social na atenção primária.
9. Proporcionar a vivência no território de saúde identificando particularidades e potencialidades dos equipamentos sociais e dos serviços de saúde.
10. Identificar a importância e a necessidade de criação de linhas de cuidado e modos de construí-las em rede.
11. Desenvolver conhecimento sobre as ferramentas de gestão e sobre redes de saúde.

Fonte: Própria

## Fase 1

A primeira fase consistiu na reunião com o grupo de professores fisioterapeutas que realizam a supervisão direta dos estudantes dos 9º e 10º semestres de Fisioterapia em duas Unidades Básicas de Saúde da Família, juntamente com os fisioterapeutas do curso, que também desenvolvem a supervisão compartilhada no território. Essa reunião teve como objetivo a avaliação do estágio, para identificar como ele estava se desenvolvendo, as fragilidades e potencialidades percebidas e as estratégias de mudanças sugeridas para melhorar o processo pedagógico.

Identificou-se que a pouca integração dos alunos e professores da UFMS com as equipes de saúde era a fragilidade principal, uma vez que esta desencadeava as demais dificuldades. Nesse aspecto, foram identificados a falta de comunicação, o desconhecimento sobre o papel da fisioterapia na AB, a desarticulação das ações serviço-universidade, a inexistência de trabalho em equipe com a inclusão dos estudantes e o perfil de pacientes encaminhados para a fisioterapia. No que diz respeito ao processo ensino-aprendizagem, os professores identificaram que os instrumentos avaliativos não eram satisfatórios para a avaliação das competências motoras, afetivas e cognitivas, sendo o conhecimento mais valorizado em detrimento das habilidades e atitudes. A partir dessa avaliação, o grupo traçou as seguintes estratégias:

1. O grupo de estagiários que anteriormente atendiam a Unidade de Saúde agora estaria individualmente inserido em uma das eSF, participando de todas as ações previstas para essa equipe, portanto, cada estudante teria um tutor que acompanharia o desenvolvimento e, com isso, também se vincularia à equipe de referência.

2. Cada aluno deveria cumprir um rol de atividades planejadas com seu tutor, a fim de alcançar os objetivos do estágio, sendo elas: territorialização (diagnóstico situacional de sua área a partir de reconhecimento do território) e participação nas reuniões da equipe; visitas domiciliares com os agentes comunitários de saúde para avaliar os usuários com indicação para fisioterapia e eleger dois pacientes para atendimento domiciliar individual e identificar famílias e indivíduos que necessitassem de orientações e acompanhamento com vistas à promoção e prevenção de agravos; participação de, no mínimo, uma visita domiciliar compartilhada com enfermeiro, médico e agentes comunitário de saúde da equipe; participação em, no mínimo, uma consulta compartilhada; participar das atividades educativas da equipe inclusive responsabilizando-se por ações; apoiar a equipe em ações pontuais dos programas de saúde;

implementar a partir dos indicadores, um grupo terapêutico a ser desenvolvido com grupos vulneráveis; desenvolver um plano de cuidado compartilhado (PCC) para cada um dos pacientes, apresentando a avaliação do paciente e o plano de cuidado; participar de, no mínimo, uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, uma reunião do Fórum de Trabalhadores da Saúde e uma reunião do Conselho local de saúde, desenvolvendo conhecimentos sobre o controle social; e realizar uma avaliação teórica.

3. Desenvolvimento e utilização de novos instrumentos de avaliação do estudante. Instrumento 1 para avaliação diária dos estudantes contendo uma lista de competências esperadas durante o estágio, tais como: a) comunicação e relação com pacientes, familiares, equipe de saúde e outros estudantes; b) responsabilidade com documentos e equipamentos; c) competência para o trabalho em equipe; d) criatividade; e) iniciativa; f) liderança; g) habilidades de gestão; h) conhecimento técnico crescente compatível com a complexidade de seus pacientes e suas necessidades; i) habilidade de planejar e pactuar suas atividades com paciente e equipe; j) visão ampliada da saúde e proposição de ações que favoreçam o cuidado integral, entre outros. Instrumento 2 para avaliação do PCC: sendo considerados critérios como apresentação dos dados do usuário de forma completa, conforme as especificidades deste, descrição dos agravos de forma completa, narrativa analítica do itinerário terapêutico na rede de atenção à saúde, risco familiar, elaboração adequada da avaliação, diagnóstico fisioterapêutico, objetivos e condutas, considerando-se o conceito ampliado de saúde, o trabalho em equipe e a intersetorialidade. Instrumento 3 para avaliação das fichas de avaliação e evolução dos indivíduos atendidos. Instrumento 4 para avaliação de seminários contendo itens como a preparação, utilização de melhores evidências, relação teoria-prática, complexidade de conhecimento compatível com o momento do estágio e necessidades dos pacientes, e incentivo a participação dos colegas, além da avaliação teórica. Todas as avaliações apoiadas nos instrumentos descritos eram oportunamente discutidas pelo tutor e estudante de forma continuada, com feedback mais frequente possibilitando ao estudante participar ativamente de seu processo pedagógico, conhecendo suas fragilidades e potencialidades.

4. Criação de um canal de comunicação mais eficiente entre os professores e supervisores do estágio, minimizando as falhas de comunicação e sanando possíveis lacunas de forma mais rápida e eficiente.

## **Fase 2**

A fase 2 consistiu em reuniões com as eSF, para apresentar a nova proposta detalhada anteriormente na fase 1 e discutir a sua operacionalização. Nessa oportunidade, estavam presentes todos os profissionais das três equipes da Unidade (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares, agentes comunitários de saúde e odontólogos); participaram ainda a gerente, a assistente social e os profissionais que atuam na recepção da unidade. Foram apresentadas para as equipes a necessidade de alinhamento dos objetivos pedagógicos com as necessidades da população e foram levantadas as expectativas da equipe quanto à atuação dos estudantes. Foi reforçado o papel do fisioterapeuta em ações de promoção, prevenção de agravos, educação em saúde, gestão e controle social, além das já reconhecidas ações de reabilitação e tratamento. Foi também bastante discutida com a equipe a importância da integração ensino-serviço bem como os seus objetivos, destacando-se a necessidade de a equipe acolher os estudantes e professores de fisioterapia, garantindo a inserção deles em todas as atividades da equipe, desde as reuniões de planejamento, visitas e consultas compartilhadas, ações educativas, ações programáticas e integração com os estudantes de outras profissões atuantes na mesma equipe. A proposta foi bem aceita, e, nesse momento, cada enfermeira coordenadora de equipe foi informada sobre o aluno que integraria sua equipe e o tutor responsável, lembrando que a supervisão é realizada de forma direta por um professor e um profissional da UFMS, ambos fisioterapeutas, não havendo o fisioterapeuta do serviço propriamente dito.

## **Fase 3**

Apresentação da proposta aos estudantes. Após serem explicadas cada uma das atividades a serem desenvolvidas e apresentados os instrumentos de avaliação, os estudantes identificaram seus tutores e puderam iniciar a elaboração de seu plano de trabalho. Eles também receberam informações sobre as equipes nas quais seriam inseridos. Nessa fase, a nova proposta foi operacionalizada, sendo que os estudantes permaneceram nesse estágio por 9 semanas, com carga horária semanal de 30 horas, totalizando 270 horas.

## **Fase 4**

Como os estudantes eram os atores centrais da experiência, esta foi avaliada pelos quatro estudantes que desenvolveram as atividades propostas. Para tanto, realizou-se uma roda de conversa, na qual eles avaliaram seu estágio, destacando as competências desenvolvidas, os pontos positivos e negativos e a contribuição do estágio em sua formação profissional.

## **RESULTADOS**

A partir dos relatos dos estudantes do 9º semestre do curso de Fisioterapia, que iniciaram seu estágio na AB, foi possível identificar os impactos da experiência de inserção dos estudantes nas diferentes eSF da Unidade Básica de Saúde da Família Macaúbas, apresentados a seguir.

### **O estudante de fisioterapia como membro da equipe de Saúde da Família**

A experiência aqui descrita traz como elemento de inovação a inserção dos estagiários de Fisioterapia nas eSF, participando de todas as atividades previstas pela equipe na qual estavam inseridos, rompendo com a lógica muito comum na formação de fisioterapeutas, na qual os estagiários são supervisionados pelo professor fisioterapeuta, o que reduz as oportunidades de convivência e trocas com outros profissionais. Essa aproximação conferiu aos estudantes o sentimento de maior pertencimento àquela equipe, da mesma forma que a equipe acolheu os estagiários, integrando-os às suas atividades.

### **O trabalho em equipe e o cuidado integral**

Os estagiários reconheceram os benefícios dessa experiência para sua formação e para a resolutividade dos problemas apresentados pelos indivíduos e grupos, ressaltando a importância do cuidado integral e a necessidade de uma equipe que trabalhe na lógica da interprofissionalidade.

### **O fazer do fisioterapeuta da ESF: novas percepções**

Uma das inquietações que motivou essa experiência foi o desconhecimento das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na ESF, com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, além das ações já reconhecidas visando à recuperação e à reabilitação. Apesar da presença dos estagiários na Unidade de Saúde, a equipe não compreendia que a contribuição do fisioterapeuta nesse nível de atenção poderia se dar com pessoas saudáveis ou portadoras de condições crônicas como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, alterações posturais, gestantes, entre outras. Mesmo com uma participação ativa nas reuniões, o encaminhamento de pacientes para a atenção fisioterapêutica era massivamente de pacientes restritos ao leito, já acometidos por condições graves e que, portanto, necessitavam do fisioterapeuta reabilitador.

A partir dessa nova experiência, percebeu-se a mudança nesse cenário: as constantes reuniões e ações conjuntas possibilitou a compreensão e aderência da equipe a novas propostas do papel do fisioterapeuta.

## IMPACTOS

**R**efletindo sobre o processo de mudança e a percepção dos estudantes que estagiaram na AB após sua implementação, pode-se perceber que os cursos de graduação em Fisioterapia devem oportunizar a inserção dos estudantes nesse nível de atenção desde o início do curso. A integração ensino-serviço-comunidade com a proposta de promover a saúde e prevenir seus agravos, além da reabilitação, rompe o paradigma de que a formação e atuação do fisioterapeuta seja realizada apenas em hospitais e clínicas, mais focada em competências motoras em detrimento das competências afetivas e cognitivas. O estudante precisa vivenciar sua possibilidade de fazer e construir o cuidado na AB, com todos os atributos que a diferenciam de outros níveis de atenção.

O fisioterapeuta tem sua origem fortemente ligada a ações de reabilitação e recuperação<sup>10,14,15</sup>, há de se reconhecer os avanços observados a partir do conceito ampliado de saúde, das mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas, da reorganização do SUS e das DCN/Fisio<sup>16</sup>, atualmente em processo de reformulação, que orientam a formação de um profissional generalista capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, mas ainda há um longo caminho a trilhar na direção da ampliação do acesso da população a fisioterapia, especialmente na ESF.

Sabe-se que para que o fisioterapeuta desenvolva idealmente um trabalho na ESF, as instituições formadoras precisam comprometer-se com o desenvolvimento de competências essenciais nesse nível de atenção, ampliando as ferramentas da valise tecnológica desses futuros profissionais<sup>17</sup>. Pode-se dizer que a inserção do fisioterapeuta na AB é uma construção que tem seus alicerces na formação qualificada de modo a habilitá-los para atuar nesse nível<sup>14</sup>.

Apesar de a inserção de alunos de Fisioterapia na AB ser um grande desafio para a maioria das Instituições de Ensino Superior e dos serviços de saúde<sup>10</sup>, pode-se constatar que ela é viável. O desafio ocorre porque o Fisioterapeuta está pouco inserido nas eSF. No caso do município de Campo Grande, não há nenhum fisioterapeuta atuando diretamente nas eSF. Os profissionais fisioterapeutas que atuam nos NASF e apoiam as equipes possuem ferramentas específicas e competências distintas das requeridas na ESF<sup>12,13</sup>.

Diante dessa realidade, estratégias de integração dos estagiários de Fisioterapia com profissionais e estudantes de outras profissões nos cenários de prática devem ser implementadas de forma

permanente, evitando que os estudantes se sintam descontextualizados do trabalho desenvolvido pela equipe, bem como favorecendo o desenvolvimento de sentidos e sentimentos sobre sua própria prática, como contribuinte do cuidado integral na ESF.

A avaliação produzida pelos estagiários sobre a nova proposta pedagógica demonstra sua percepção sobre a importância do trabalho em equipe para o cuidado integral. Esse reconhecimento é um passo importante para profissionais em formação, uma vez que provoca reflexões sobre a necessidade de diferentes olhares e práticas para atender às singularidades das pessoas e famílias na ESF. O trabalho em equipe é condição sem a qual não se oferta o cuidado integral, assim, trabalhar com e para o outro pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro<sup>13</sup> e na vivência da realidade na qual a vida das pessoas acontece. Esse trabalho em equipe na eSF requer a integração dos diferentes profissionais, respeitando-se seus núcleos de saberes, sem perder de vista o campo da saúde, no qual os profissionais se apoiam, inovam, criam e, assim, ampliam as possibilidades de práticas resolutivas com qualidade, com atenção aos princípios e atributos da AB, especialmente da ESF<sup>7</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

**A** implementação da nova proposta pedagógica para os estagiários do curso de Fisioterapia da UFMS na ESF possibilitou maior integração com a equipe, favorecendo o alinhamento das ações com vistas a atender às necessidades da população, do serviço e da universidade.

Um dos pontos que merece destaque é a possibilidade de avanços na direção do cuidado integral, pautando-se no conceito ampliado de saúde, da visão do indivíduo de forma holística e do trabalho em equipe.

Essa experiência possibilitou a mudança da percepção da equipe sobre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na ESF, reconhecendo a importância desse profissional no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além das ações de reabilitação e recuperação já estabelecidas no senso comum.

Essa integração amplia o interesse dos estudantes para uma futura atuação na AB, favorecendo a formação de profissionais cada vez mais preparados para atuar de forma resolutiva e qualificada nesse nível de atenção. Dessa forma, amplia-se seu potencial de promover a saúde da população.

## Referências

1. Salmória JG, Camargo WA. Uma Aproximação dos Signos - Fisioterapia e Saúde - aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saude soc.* 2008; 17(1):73-84.
2. Brasil. Decreto-lei 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, n.197, seção 1, p.3658.* 16 out. 1969.
3. Rocha VM, Câmara AMCS, Ferrari F, Batiston AP. Movimento Associativo e Educativo da Fisioterapia - Abenfisio e o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde – Fnepas. *Cad.FNE-PAS.*2012; v. 2:18-24.
4. Dean E, Al-Obaidi S, De Andrade, Gosselink R, Umerah G, Al-Abdelwahab S et al. The First Physical Therapy Summit on Global Health: implications and recommendations for the 21st century. *Physiother Theory Pract.* 2011;27(8):531-47.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 20 de março de 2015.
6. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2017; 20(56):199-201.
7. Trelha CS, Silva D W, Iida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR), *Rev Esp Saude* 2007; 8(2):20-25.
8. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(Suppl 1):1403-1410.
9. Santos MLM, Medeiros AA, Batiston AP, Pontes ERJ, Ferrari FP, Fernandes JM, Rios TA, Muzili NA, Sanches VS. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Bras* 2014; 15(1):69-76.
10. Brasil. Ministério da Educação. Resolução n. 4. aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial da União, de 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.*
11. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva.* 2004; 14(1):41-65.
12. Novais BKLO, Brito GEG. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. *Rev. APS.* 2011; 14(4):424-34.
13. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter. mov.* 2016; 29(4):741-750.
14. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioter. mov.* 2016; 29(4):767-776.
15. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007; 12(2):455-464.
16. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *R Bras Ci Saúde.* 2012; 16(2):113-122.
17. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl 1):1627-36.
18. Rocha VM, Caldas MAJ, Araújo FEO, Ragasson CAP, Santos MLS, Batiston AP. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas (ABENFISIO). *Fisioterapia Brasil* 2010; (Supl 1):4-8.
19. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface.* 2011; 15(3 ):551-564.

## **ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM A PRESENÇA DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES E COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**Lara Andrade Souza**

**Dernival Bertoncello**

Orientador

**Isabel Aparecida Porcatti de Walsh**

Coorientadora

Programa de Pós-Graduação em Educação Física  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**N**a última década, a saúde do trabalhador tem ganhado maior destaque, com aumento de estudos acerca dessa temática, principalmente no que concerne à relação do adoecimento com a atividade laboral. A globalização e o crescimento econômico culminaram em mudanças nas condições de trabalho, aumentando a carga horária, acumulando funções e maiores cobranças por produtividade, considerados desgastantes e aceleradores do processo de adoecimento do trabalhador. No Brasil, a enfermagem perfaz um número expressivo de profissionais, totalizando 1.922.316. Considerada uma profissão estressante e desgastante, ela pode levar ao adoecimento do profissional devido a sua rotina de atividades, justificando então investigações sobre tal categoria. O objetivo do estudo foi descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem de um hospital público e a presença de sintomas osteomusculares, além de avaliar a associação entre o nível de atividade física, os sintomas osteomusculares e a sua capacidade para o trabalho. A pesquisa foi realizada com 37 profissionais de enfermagem, atuantes nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital público, de ambos os sexos, com idade média de  $31,9 \pm 7,9$  anos, trabalhando em período matutino (56,7%), mulheres (73%), em união estável (51,3%), brancos (54%), católicos (35,1%) e com escolaridade de nível técnico (56,7%). Os profissionais foram avaliados por meio do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares

(QNSO), Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Em relação aos sintomas osteomusculares, 97,3% e 67,5% dos profissionais, respectivamente, apresentaram tal fenômeno no período dos últimos 12 meses e dos últimos sete dias. As regiões de maior acometimento foram as partes inferior e superior das costas. A capacidade para o trabalho encontrada demonstra bons índices, com escore total médio de  $39 \pm 5,7$  pontos. O nível de atividade física encontrado foi correspondente à média de  $1.295,2 \pm 1.382,4$  minutos semanais, classificados, assim, como ativos. Não foram encontradas correlações entre o nível de atividade física e a capacidade para o trabalho ( $r=0,03$  e  $p=0,08$ ) e a intensidade dos sintomas osteomusculares ( $r=0,1$  e  $p=0,39$ ). A prevalência dos sintomas osteomusculares em trabalhadores da categoria profissional de enfermagem de um hospital público é alta, contudo eles apresentam boa capacidade para o trabalho e, em relação ao nível de atividade física, são considerados ativos. Destaca-se a necessidade de políticas públicas de saúde para prevenção e promoção de saúde desses profissionais, buscando sua maior valorização para, dessa forma, garantir uma melhoria do atendimento prestado ao usuário, visto que o bem-estar do profissional permitirá que sua atividade laboral seja exercida de maneira mais adequada.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Equipe de Enfermagem. Promoção da Saúde.

# **PESSOAS ACAMADAS SOB O CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE CAMPO GRANDE/MS: PREVALÊNCIA, AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SOBRECARGA DOS CUIDADORES**

**Arthur de Almeida Medeiros**

**Gustavo Christofolletti**

Orientador

**Mara Lisiane de Moraes dos Santos**

Coorientadora

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**A**s modificações dos padrões de morbidade, mortalidade e invalidez têm gerado impactos importantes no cenário atual da saúde e despertado debates indispensáveis para o cuidado integral de toda a população. Esta tese teve por objetivo estudar os usuários acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e seus principais cuidadores. Trata-se de um estudo transversal de base populacional no qual foram convidados a participar os usuários acamados e seus cuidadores residentes nas regiões urbanas com cobertura da ESF no distrito sanitário norte de Campo Grande/MS. Procedeu-se com entrevistas domiciliares nas quais foi aplicado um instrumento com variáveis clínicas, socioeconômicas e demográficas relacionadas com os usuários acamados e seus cuidadores, além da versão brasileira da escala Burden Interview, para avaliação da sobrecarga dos cuidadores, e da Medida de Independência Funcional (MIF). Para a análise estatística, cujas variáveis atenderam aos critérios de normalidade, foram utilizados os testes de qui-quadrado e ANOVA com pós-teste de Tukey. As variáveis que não apresentaram padrão de normalidade foram analisadas utilizando-se a correlação de Spearman, o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis com pós-teste de Tukey. Em todas as análises, foi admitido um nível de significância de 5% para distinção da hipótese alternativa em relação à hipótese nula. Os resultados mostram que em relação aos usuários acamados (n=283), a maioria era de mulheres (n=169/59,7%), com disfunção neurológica (n=149/52,7%), nível so-

cioeconômico classe C (n=164/58,0%), que não foram encaminhadas a nenhum serviço de reabilitação (n=145/51,2%) e que apresentaram mediana da MIF total de 79 pontos, classificados com dependência modificada – com necessidade de auxílio de até 25% para a realização de suas atividades. Entre os usuários que foram encaminhados a algum serviço de reabilitação, a fisioterapia foi o que mais recebeu demanda por encaminhamento (n=124/89,8%). Verificou-se, ainda, que a falta de vagas e a dificuldade de locomoção/transporte foram os principais limitadores tanto para o acesso aos serviços de reabilitação quanto para a continuidade dos atendimentos. Quanto aos cuidadores (n=218), identificou-se que a mediana de idade foi de 53 anos e que a maioria foi do sexo feminino (n=190/87,2%), sendo mais frequentes as filhas (n=71/32,6%), seguidas das mães (n=46/21,1%) e das esposas (n=25/11,5%). Foi observado que os cuidadores apresentavam nível de sobrecarga moderada e que teve associação negativa significativa entre a sobrecarga dos cuidadores e a Medida de Independência Funcional. Os dados apontam para urgente necessidade de (re)estruturação da rede de atenção destinada aos usuários acamados e de reorganização do processo de trabalho, bem como da necessidade de ampliação do olhar para o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários acamados e de seus cuidadores.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde. Cuidadores. Incapacidade funcional. Pacientes domiciliares. Atenção primária à saúde.



