



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

Edição 2016/1, v.3, n.5



ABENFISIO

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

EDITORES CHEFES

Vera Maria da Rocha

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

EDITOR DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS

Carolina Fu

Universidade de São Paulo

EDITORES ADJUNTOS

Arthur de Almeida Medeiros

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Mara Lílian Soares Nasralla

Universidade de Cuiabá

Renata Hydee Hasue

Universidade de São de Paulo

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 de 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
PERFIL CLÍNICO/SOCIODEMOGRÁFICO, AUTOPERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA DE FREQUENTADORES DE UMA ACADEMIA PARQUE - BAHIA Camila Graciele Santos Góes, Lay Martinez Silva Bêribá	
O SIGNIFICADO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: A VIDA CONTINUA Rúbia Hiromi Guibo Guarizi, Ana Carolina Basso Schmitt	16
A SAÚDE COLETIVA NAS PRÁTICAS EDUCACIONAIS DOS FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ Viviane da Costa Reis, Renato da Costa Teixeira	23
REVISÃO DE LITERATURA	32
FISIOTERAPIA E SAÚDE COLETIVA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO BRASIL Carolina Veras Pessoa da Silva, Milena Maria Cordeiro de Almeida	
ENSAIO TEÓRICO	41
PROJETO PROFISSIONAL E DIRETRIZES CURRICULARES DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: PERSPECTIVAS POLÍTICO-PEDAGÓGICAS Cleusa Santos, Sandra de Faria	
RELATO DE EXPERIÊNCIA	49
REUNIÃO CLÍNICA INTERDISCIPLINAR – UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO BASEADA EM PROBLEMAS NA GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA Susy Mary de Souza Fernandes, Étria Rodrigues, Zodja Graciani, Marcelo Fernandes, Gisela Rosa Franco Salerno, Denise Loureiro Vianna	
RESUMO DE DISSERTAÇÃO	57
AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM MULHERES IDOSAS EM UNIDADES DE SAÚDE EM BELÉM – PARÁ – BRASIL Wiviane Maria Torres de Matos Freitas	
RESUMO DE TESE	58
CALIDAD DE VIDA FAMILIAR Y ATENCIÓN TEMPRANA: VALORACIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE EL ROL DE LA FISIOTERAPIA Clarissa Altina Cunha de Araujo	

EDITORIAL

Prof^a. Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Professora Associada do Curso de Fisioterapia
da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

São vários os desafios para manter a qualidade e a regularidade das publicações dos Cadernos de Saúde, Educação e Fisioterapia. Entre esses estão a manutenção do escopo da revista – contra-hegemônico em relação à maioria das publicações científicas da área –, e também o respeito à singularidade de cada artigo e edição do periódico.

Assim, cada novo número publicado constitui-se como oferta de um espaço de articulação e divulgação de conhecimentos construídos na transversalidade da relação academia/produção de saúde. A ideia é que os materiais aqui publicizados estejam aportados em pressupostos metodológicos, temáticos e instrumentais sólidos, próprios da área da saúde e da educação. Paralelamente, com o entendimento de que a realidade é rica, complexa e polissêmica, reconhecemos também a importância do conhecimento que emerge a partir de vertentes e linhas que interroguem ou não se ajustem à produção de conhecimento instituído pela ciência hegemônica. A aposta é também visibilidade ao conhecimento produzido a partir das experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços e nos espaços formadores da saúde. É nessa conexão de saberes que o cuidado em saúde e as práticas de formação ganham potência.

Este número apresenta produções que colocam em análise temas desafiadores das práticas e do ensino em saúde. Abordarei os textos em três blocos, falando não sobre eles, mas dos deslocamentos que estes provocaram em meu corpo de educadora e profissional da saúde.

Partirei de dois estudos que abordaram a dor e as incapacidades funcionais, entre eles um que busca a caracterização e investigação da qualidade de vida de frequentadores de uma academia ao ar livre, e outro que investiga o significado do acidente vascular encefálico (AVE) para as pessoas acometidas por esse agravo. A capacidade funcional e a limitação por aspectos físicos foram fatores de maior impacto na vida dos participantes dos estudos. Contudo, tais fatores não apresentam-se como restritivos para a realização de atividades físicas (no caso dos frequentadores da Academia Parque), nem como causadores de esmorecimento. Pelo contrário, nos participantes acometidos por AVE foram identificadas expectativas positivas de futuro. Para além dos resultados apresentados e discutidos pelos autores, os estudos remetem à reflexão acerca da capacidade de reinvenção de cada uma dessas pessoas, as quais tiram do centro a doença e as incapacidades, dando visibilidade ao que traz potência de vida a cada uma delas. O corpo frágil - como é entendido no conceito convencional, onde a fragilidade estaria associada à doença que impacta uma certa funcionalidade - não está em perspectiva. E sim o oposto: corpo é uma potência, onde a dor e as incapacidades “não excluem de toda a saúde na medida que são também afirmados como partes constituintes da vida em sua dinâmica fluida.”¹ Tomando como referência Spinoza, o corpo sofre modulações conforme os afetos que lhe são produzidos em conexão com o meio, operando assim processos ininterruptos e infindos de subjetivação².

Este número traz também dois artigos que colocam em análise a interlocução da Saúde Coletiva com a Fisioterapia. Um investiga a inserção da Saúde Coletiva nas práticas docentes de um curso de graduação em fisioterapia, e outro traz uma análise crítica da produção científica no Brasil concernente à Saúde Coletiva e à fisioterapia. Se, por um lado, encontrar dois artigos que abordem a Saúde Coletiva na fisioterapia provoca otimismo, por outro, os resultados apresentados e discutidos são inquietantes: ambosevidenciam distanciamento da fisioterapia com o campo da Saúde Coletiva. Tais resultados causam desconforto e impelem à seguinte indagação: como aproximar fisioterapia e os fisioterapeutas de práticas de cuidado e de formação que considerem as demandas sociais e as políticas de saúde? Mais ainda, remetem para a necessidade de rever a concepção de saúde e cuidado, o que implica em uma nova configuração tomando a saúde como um campo que deve ser considerado em sua complexidade e em suas singularidades e, principalmente, que tome as “necessidades de saúde como matéria prima do trabalho em saúde”.^{3, p.23}

Para trazer ainda maiores deslocamentos, nesta edição há dois artigos instigantes no campo da educação. O relato de uma experiência formadora, a qual, embora encontre muitos obstáculos, apresenta resultados profícuos com a utilização de uma estratégia metodológica que aposta na potência do encontro¹, neste caso entre estudantes de todos os semestres do curso de graduação e docentes de distintas áreas da saúde. A estratégia formadora apresentada me remeteu ao encontro intercessor, em que os inter-

cessores constituem-se como interferências, artifícios que instigam a distinção de saberes, que deslocam e desorganizam, desterritorializam, acionam potências e causam movimentos para diferentes e novas descobertas.⁴ O outro artigo relata o peculiar trajeto da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Serviço Social no Brasil, cujos atores e relações, com distintas disputas, ultrapassam, os limites acadêmicos, com envolvimento das entidades organizativas da profissão. Trata-se de um importante movimento ético-político de uma categoria na definição dos eixos centrais da formação profissional.

Os Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia proporcionam um espaço de visibilidade e dizibilidade do conhecimento implicado com a produção de vida. Nessa perspectiva, considerando o delicado momento que vivemos no Brasil, temos o desafio de vencer a apatia e a desesperança, com movimentos de resistência e de reinvenção, articulados, produzindo o inédito viável nos espaços da educação, da saúde, da vida.

Em conclusão, sugiro que a leitura dos artigos que compõem esse número dos Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia seja a partir da leitura experiência, instigada por Larrosa⁵. A leitura tendo como foco não o que os autores dizem, com base no que se passa ou dos acontecimentos no contexto dos estudos e experiências, mas, partindo do que os autores nos dizem, possamos pensar e sentir o que nos afeta, nos instiga, nos mobiliza. “Experiência que forma e transforma, e o que ela pode produzir como outro lugar do cuidado em saúde para todos os atores envolvidos no processo”.^{6, p.15}

Referências

1. Hevelyn RMC, Franco, TB. Tensões no conceito de saúde a partir de Nietzsche - a grande saúde e a produção do cuidado. *Saúde em Redes*. 2017; 3 (1):63-69
2. Spinoza. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
3. Cecilio LCO, Lacaz FAC. *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
4. Deleuze G. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34, 1998.
5. Larross J. Experiência e alteridade em Educação. *Revista Educação e Ação Santa Cruz do Sul* v. 19, n. 2, p. 04-27, jul./dez. 2011.
6. Cruz, KT, et al. Apresentação. In: Merhy, E. [Org.] *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 14, 15.

PERFIL CLÍNICO/SOCIODEMOGRÁFICO, AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA DE FREQUENTADORES DE UMA ACADEMIA PARQUE - BAHIA

CLINICAL/SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE, SELF-RESPONSIBILITY OF LIFE QUALITY
AND PRONTITUDE FOR PHYSICAL ACTIVITY OF USERS OF A PARK ACADEMY – BAHIA

Camila Graciele Santos Góes

Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Facsal.

Lay Martinez Silva Bêribá

Coordenação do curso de Fisioterapia da
Faculdade Facsal, Especialização em Ortopedia
e Traumatologia.

Contato

Camila Graciele Santos Góes
Rua João Pessoa, nº 73, Centro
Mata de São João/BA
CEP: 48280-000
E-mail: camila_goes@ymail.com

RESUMO

Introdução: A promoção de saúde no contexto do SUS busca desenvolver políticas de incentivo à atividade física e práticas corporais com o intuito de inserir essa rotina no cotidiano do cidadão. A partir dessa concepção, surgiu o Programa Academia da Saúde como uma estratégia de integração de ações de saúde pública na Atenção Primária, baseado no reconhecimento da relevância epidemiológica do sedentarismo como um fator de risco para a aquisição de doenças e agravos à saúde. **Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico, analisar a autopercepção da qualidade de vida e prontidão para a prática de atividade física de frequentadores de uma Academia Parque do município de Mata de São João-Bahia. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, em que a participação consistiu em responder questionários destinados ao conhecimento clínico e sociodemográfico (elaborado pelas autoras), de qualidade de vida (SF-36) e prontidão para a prática de atividade física (PAR-Q) após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para análise das variáveis, foram

utilizadas, além da estatística descritiva, média e desvio padrão, o cálculo da frequência absoluta e relativa.

Resultados: Participaram do estudo um total de 35 frequentadores da Academia Parque, com a média de idade de $47,3 \pm 10,8$ anos e predominância do gênero feminino (94,2%). Clinicamente, a doença sistêmica mais citada foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (45,7%), e a de aspecto físico mais comum àqueles que relataram possuir comorbidades foi a artrose (50%). Observou-se, ainda, elevada prevalência de consumo diário de medicamentos (74,2%). **Conclusão:** O perfil da Academia Parque é composto em sua maioria por mulheres, com média escolaridade, com a HAS como patologia prevalente, cujo motivo para a busca do serviço foi a preocupação com a saúde. Segundo o PAR-Q, os indivíduos apresentavam aptidão para praticar atividade física, embora comorbidades de aspecto físico tenham sido observadas; e, conforme o questionário SF-36, a dor, a capacidade funcional e a limitação por aspectos físicos foram fatores de maior impacto na qualidade de vida.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Exercício; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Promoting health in the context of Health Unic System seeks to develop incentive policies to physical activity and body practices in order to enter this routine in citizen's daily life. Based on this concept, the Health Academy Program came (HAP) as a public health actions integration strategy in primary care, based on recognition of epidemiological importance of physical inactivity as a risk factor for the acquisition of diseases and health problems. **Objective:** To characterize the clinical and sociodemographic profile, analyze the perception of quality of life and readiness for physical activity of Park Academy goers in Mata de São João, Bahia. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study in which participation was to answer questionnaires intended for clinical and sociodemographic knowledge (developed by the authors), quality of life (SF-36) and readiness for physical activity (PAR-Q) after signing the informed consent. To analyze

the variables were used in addition to descriptive statistics, mean and standard deviation, the calculation of absolute and relative frequency. **Results:** The study included a total of 35 attendees Park Academy, with a mean age of 47.3 ± 10.8 years old and female predominance (94.2%). Clinically, the most cited systemic disease was hypertension (45.7%) and the most common physical aspect to those who reported having comorbidities was arthrosis (50%). There was also a high prevalence of daily consumption of drugs (74.2%). **Conclusion:** The profile of Park Academy is composed mostly of women, with average education, with SAH as prevalent disease, whose cause for the search service was a concern for health. According to the PAR-Q, individuals had the ability to engage in physical activity, although physical aspect of comorbidities were observed and, as the SF-36 questionnaire, pain, functional capacity and the limitation of physical aspects were highest impact factors in quality of life. **Keywords:** Health promotion; Exercise; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde-doença da sociedade moderna, caracterizado pelo predomínio de um estilo de vida não saudável, favorece o atual perfil epidemiológico evidenciado pelo aumento da morbimortalidade decorrente de doenças e agravos não transmissíveis (DANT)¹⁻³. O conhecimento de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos impactam em sua situação de saúde revelou a necessidade de ampliação do seu conceito no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Em conformidade, a promoção de saúde no contexto do SUS busca desenvolver políticas de incentivo à atividade física e práticas corporais com o intuito de inserir essa rotina no cotidiano do cidadão³. A partir dessa concepção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aos serviços públicos de saúde a realização de reformas estruturais urbanas que garantam a existência de espaços públicos saudáveis na comunidade².

Nessa perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Academia da Saúde (PAS) como uma estratégia de integração de ações de saúde pública na Atenção Primária². Seguindo essa recomendação, em Mata de São João, foi implantada, em 2014, a Academia Parque, serviço em parceria da Secretaria de Esporte (SECESP) e Saúde (SESAU) com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos seus usuários por meio de ações de incentivo à prática regular e orientada de atividade física.

A inserção ao serviço se dá por encaminhamentos realizados pelos médicos do Programa Saúde da Família (PSF) das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Baseado no reconhecimento do valor epidemiológico do sedentarismo como um fator de risco para a aquisição de doenças e agravos à saúde^{2,3}, observa-se a necessidade de investigar as condições de saúde dos frequentadores desse ambiente para proporcionar ações preventivas mais adequadas às suas necessidades. Diante disso, o objetivo desse estudo é caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico, analisar a autopercepção da qualidade de vida e prontidão para a prática de atividade física de frequentadores de uma Academia Parque do município de Mata de São João – Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal com obtenção de dados por meio de questionários destinados aos frequentadores de uma Academia Parque do município de Mata de São João – Bahia. A amostra por conveniência foi composta por pessoas adultas de ambos os sexos. O critério de inclusão abrangeu os que frequentavam a Academia às segundas, quartas e sextas-feiras e se dispuseram a participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão abarcou aqueles que se recusaram a participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada na unidade, em uma sala utilizada para esse fim, uma vez por se-

mana, no período compreendido entre setembro e outubro de 2015, e teve início após o consentimento do diretor da unidade e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIP sob o CAEE 47501815.0.0000.5512 e Parecer nº 1.184.878. Posteriormente, os dados foram digitalizados e alocados em um banco no software Microsoft Office Excel®, versão 2010. Para análise das variáveis, foram utilizadas, além da estatística descritiva, média e desvio padrão, o cálculo da frequência absoluta e relativa. Os dados obtidos estão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos para melhor visualização e descrição dos resultados.

As informações obtidas foram de dados primários. O conhecimento clínico e sociodemográfico foi investigado por meio de um questionário elaborado pelas autoras do estudo, no qual as variáveis coletadas foram: nome, idade (em anos), sexo (masculino ou feminino), cor da pele, escolaridade (analfabeto, educação básica, que compreende educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, ou educação superior), profissão e situação profissional, estado civil, moradia e renda. O perfil de saúde dos usuários foi pesquisado tendo em vista a presença de doenças e DANT, como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), uso de medicamentos, hábitos de vida e autopercepção de saúde.

A análise da qualidade de vida foi feita pelo questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study, Short Form-36, Health Survey*), que foi validado por Ferraz et al. 15, composto por 36 perguntas, e avalia oito conceitos (dimensões) da saúde: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os escores variam de 0 a 100, em que zero corresponde ao pior resultado e cem representa ótimo estado de qualidade de vida. Quanto à avaliação da prontidão para atividade física, examinada pelo questionário Par-Q (*Physical Activity Readiness Questionnaire*), que é formado por 7 perguntas (em que 5 estão relacionadas com sintomas cardiovasculares)¹⁸, as quais devem ser respondidas afirmativa ou negativamente¹⁹, sob a proposta de critério mínimo para a inserção de indivíduos em programas de atividade física²⁰.

A contribuição para a realização desta pesquisa não envolveu riscos significativos aos seus participantes, no entanto, poderia ocorrer uma má interpretação das questões solicitadas gerando eventuais constrangimentos. Para minimizar possíveis desconfortos e manter a privacidade do participante, o questionário apresentou caráter anônimo e foi respondido individualmente. Todas as informações obtidas são sigilosas, e a identidade dos colaboradores não foi identificada em nenhum momento.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 35 participantes, sendo a maioria do turno matutino (51,4%), com predominância do gênero feminino (94,2%) e idade média de 47,3±10,8 anos. O tempo de participação no programa variou entre 1 e 17 meses, com média de 6,4±5,7 meses. Com relação às condições sociodemográficas, 48,5% dos frequentadores eram naturais de Mata de São João, 80% relataram possuir casa própria e 68,5% eram casados. Quanto ao nível de instrução ou escolaridade, 45,7% possuíam o segundo grau completo. A situação profissional relatada concluiu que 41,1% estavam trabalhando.

Adicionalmente, 75,7% declararam possuir renda entre 1 e 3 salários (Tabela 1).

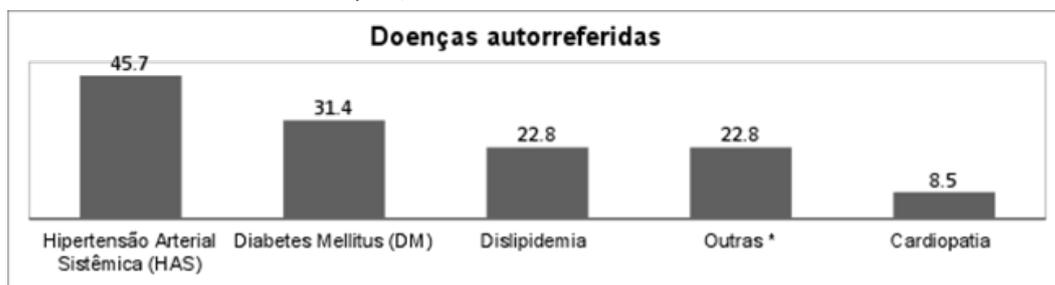
TABELA 1. Caracterização sociodemográfica dos frequentadores da Academia Parque de Mata de São João, entre setembro e outubro de 2015.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	33	94,2
Masculino	2	5,7
Escolaridade		
Fundamental	11	31,4
Médio	20	57,1
Superior	4	11,4
Estado Civil		
Casado	24	68,5
Solteiro	8	22,8
Viúvo	3	8,5
Situação Profissional		
Trabalhando	14	41,1
Desempregado	10	29,4
Aposentado tempo de serviço	3	8,8
Aposentado por doença	2	5,8
Do lar	4	11,7
Pensionista	1	2,9
Renda		
R\$ 1 a 3 salários	25	75,7
> R\$ 1 salário	2	6,06
Sem renda	6	18,1
Idade (anos)		
Amostra	47,3	10,8
Feminino	47	10,2
Masculino	52,5	23,3

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados sobre o estilo de vida evidenciaram que em relação ao tabagismo, 14,2% tinham parado de fumar, enquanto 2,8% ainda fumavam. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 22,8% consumiram no passado, e 20% afirmam consumir atualmente. Vale ressaltar que 51,4% declararam nunca ter bebido ou fumado. De acordo com as condições de saúde, 82,8% declararam possuir entre 1 e 3 doenças DANT, sendo as mais frequentes a HAS (45,7%) e DM (31,4%). Em relação a outras comorbidades, 22,8% dos entrevistados declararam possuí-las. Dentre estas, destacaram-se: 50% artroses e 37,5% fibromialgia (Gráfico 1). Ademais, 74,2% referiram uso diário de medicamentos.

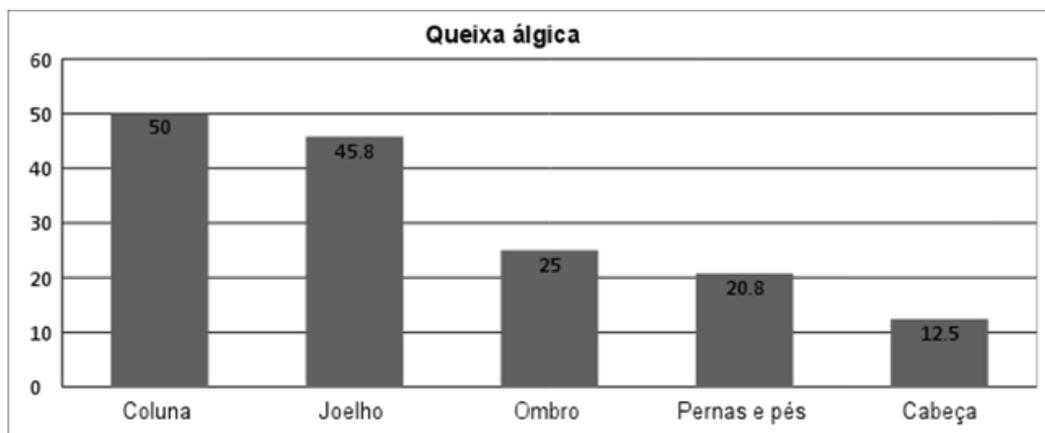
GRÁFICO 1. Doenças autorreferidas pelos participantes do Programa Academia Parque de Mata de São João, entre setembro e outubro de 2015



Fonte: dados da pesquisa.

*Outras patologias descritas: depressão (12,5%), fibromialgia (37,5%), artrose (50%).

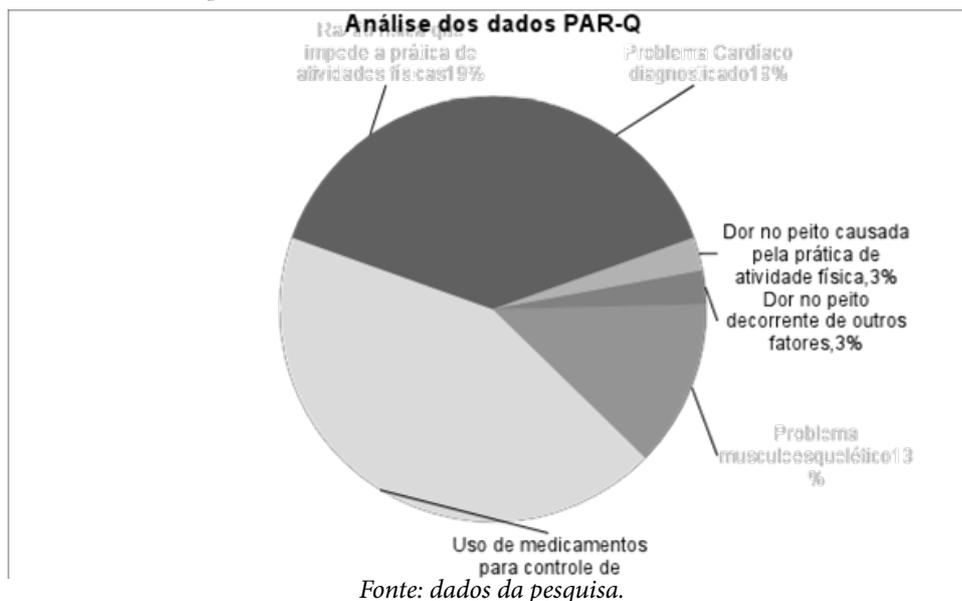
GRÁFICO 2. Queixa algica autorreferida pelos participantes do Programa Academia Parque de Mata de São João, entre setembro e outubro de 2015



Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à queixa algica, 68,5% referiram sentir dor em determinadas partes do corpo, sendo as áreas mais comuns: coluna (50%) e joelhos (45,8). No que se refere à limitação funcional, 17,1% afirmaram possuir restrição ou dificuldade na realização de atividades diárias específicas. Quanto à avaliação pessoal da qualidade de vida, 54,2% descreveram como boa. Ademais, 62,8% declararam estar satisfeitos com sua saúde (Gráfico 2).

GRÁFICO 3. Mensuração do PAR-Q respondido pelos participantes do Programa Academia Parque de Mata de São João, entre setembro e outubro de 2015



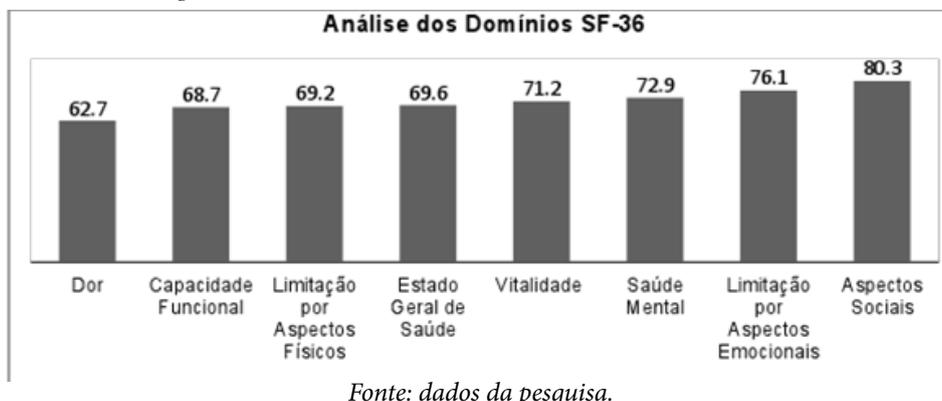
No tocante ao conhecimento sobre o programa, entre os participantes, 65,7% souberam por indicação médica e 25,7% por intermédio de amigos. Quanto aos motivos de busca e inserção ao programa, 82,8% afirmaram preocupação com saúde, enquanto 17,1% justificaram autocuidado. Sobre a participação em outro programa de atividade física, 40% declararam participar de outra modalidade, sendo a caminhada a mais comum (7%). Quando avaliado o grau de satisfação com o programa Academia Parque, 51,4% relataram um grau elevado (muito satisfeito).

Conforme a análise do questionário PAR-Q, certificou-se que 25,7% dos entrevistados neces-

sitariam de uma avaliação clínica mais detalhada antes de iniciar a prática de atividade física (Gráfico 3).

No quesito da qualidade de vida, avaliada pelo instrumento SF-36, notou-se que o domínio da dor obteve menor média $62,7 \pm 25,4$ enquanto o de aspectos sociais foi quantitativamente maior ($80,3 \pm 19,5$). Pode-se relacionar essa condição ao fato de que grande parte da amostra apresenta patologias prévias que podem estar relacionadas com a presença de quadros algícos, e, pela compreensão da sua doença, tal fato não interferiu significativamente na sua participação social (Gráfico 4).

GRÁFICO 4. Domínios do SF-36 referido pelos participantes do Programa Academia Parque de Mata de São João, entre setembro e outubro de 2015



DISCUSSÃO

Ao avaliar os resultados obtidos neste estudo, observa-se que a amostra se constituiu por uma população de meia idade, em sua maioria mulheres, com segundo grau completo, renda salarial variando entre um e três salários mínimos, que apresentaram elevada prevalência de DANT, principalmente HAS, e mostraram-se muito satisfeitas quanto ao programa Academia Parque. A preocupação com a saúde foi a principal motivação para a busca do serviço, em que se incluíram o controle dos níveis pressóricos e triglicérides, além do excesso de peso.

Tratando-se da idade, outros estudos demonstram que a média entre os participantes de Academias da Saúde variou entre 43,5 e 58,5 anos^{1,2,6,10,11}. Segundo Costa⁵, a faixa etária concentrou-se entre 45 e 59 anos. A predominância do sexo feminino em PAS foi observada por outros autores^{2,6,10-12,14,15}, evidenciando assim maior participação do público feminino na utilização de bens e serviços de saúde⁹. Quanto ao estado civil, pode-se verificar um predomínio de pessoas casadas^{8, 13-16}.

De acordo com as características de escolaridade, conforme os achados no presente estudo, 38,5% dos frequentadores do Programa Academia da Cidade (PAC) possuíam o segundo grau completo^{6,16}. Em contrapartida, Costa⁵ e Gomes⁸ observaram que a maioria dessa população detinha apenas o curso ginásial completo; diferentemente dos dados encontrados na literatura e na atual pesquisa^{2,8}. Sobre a renda familiar, Paes⁶ descreveu, em 2011, que 45% dos usuários do PAC afirmaram possuir renda mensal maior que cinco salários mínimos, esse resultado pode estar relacionado com o modelo de sistema adotado na unidade em que não há necessidade de cadastramento prévio para ter acesso ao programa de atividades, caracterizando assim uma livre demanda.

Quanto aos aspectos clínicos, foi verificada uma elevada incidência de relatos autorreferidos da HAS, conforme os achados atuais^{1,2,14}, sob a condição de 1 a 3 doenças², como DM e dislipidemia. Tal fato pode estar intimamente relacionado com o local de estudo, já que, a Academia Parque constitui um serviço de referência para a prática de atividade física orientada de domínio do SUS em Mata de São João, acolhendo pacientes dos PSF que necessitam de controle de DANT. Relatos referentes ao uso diário de medicamentos demonstram uma porcentagem elevada, corroborando o encontrado por Costa⁵ em 2013, principal método adotado para controle dessas patologias.

A presença de dor em praticantes de atividade física é descrita como um fator que impede a adesão a esses programas²². Comorbidades de aspecto osteomioarticular foram encontradas no estudo, entre as quais destacaram-se a osteoartrose e fibromialgia. Esse achado sugere a necessidade de uma reorganização para o atendimento dos indivíduos do programa, conforme suas necessidades individuais. Em 2011, Neto¹⁷ observou que a presença da osteoartrose como fator que interfere na condição física do indivíduo está relacionada com uma piora na sua qualidade de vida. Quanto à fibromialgia, Steffens et al.²³ identificaram em sua amostra que os elementos de pior resultado foram a intensidade da dor, o bem-estar, a rigidez e o cansaço, corroborando uma influência negativa entre a autoeficácia e o impacto da doença na qualidade de vida desses indivíduos.

A caminhada foi a modalidade mais prevalente praticada fora do programa Academia Parque, similar ao dado constatado por diferentes autores^{6 7 14 15}, principalmente devido ao fácil acesso, em que a localização da Academia favorece e estimula essa prática, além do baixo custo para desempenho dessa atividade. Quanto aos demais fatores analisados, relacionados com o estilo de vida, o tabagismo e o alcoolismo não representaram uma prática comum entre os participantes do estudo. Deve-se considerar como fator influente para este resultado a constituição de uma população predominantemente feminina⁶.

No que se refere ao conhecimento do programa, distinto ao verificado no estudo em que a maioria relata ter conhecido o programa por indicação médica, Hallal et al.¹ descrevem que a maior parte dos participantes relatou que souberam destes por terem visto, enquanto Loch et al.¹⁴ observaram que isso se deu por meio de amigos. Quanto à razão de participação, semelhante aos atuais achados, a busca pelo bem-estar, saúde e qualidade de vida foram as mais citadas por seus participantes^{2 3}, concordando com a proposta principal da PNPS, que é incentivar a inclusão da prática da atividade física no cotidiano populacional³.

Quando questionados sobre o grau de satisfação, a maioria relatou estar satisfeita com o programa de exercícios realizados^{1 14}, similar ao observado no presente estudo. Em relação à percepção sobre sua saúde, apesar do alto índice de DANT, princi-

palmente HAS, outros estudos^{2 14}, assim como o encontrado nesta pesquisa, relataram um elevado grau de percepção sobre seu estado geral de saúde, o que implica dizer que o programa tem alcançado seu objetivo no sentido de melhoria da qualidade de vida desse público.

A utilização do questionário PAR-Q evidenciou que um pequeno percentual da amostra apresentou necessidade de avaliação clínica antes do início da atividade física, no entanto, tal instrumento pode induzir a falso-positivos, uma vez que apresenta caráter complementar. Outro aspecto relevante é que o nível educacional e as respostas autorreferidas podem influenciar na veracidade das informações²⁰. No estudo em questão, o procedimento de avaliação clínica é um critério de inserção das pessoas ao programa, em que são realizados previamente exames de ecocardiograma e eletrocardiograma, além do encaminhamento médico e acompanhamento em UBS a cada três meses.

A avaliação da qualidade de vida por meio do questionário SF-36 demonstrou bons resultados em todos os domínios, sugerindo que esta ser considerada positiva mediante os escores apresentados que variaram entre 62,71 e 80,34. Os aspectos sociais representaram maior destaque, idêntico ao encontrado em estudos anteriores^{16 17}. Quanto ao menor escore, achados na literatura apresentaram variação ao dado encontrado, em que se observaram menores pontuações nos aspectos da saúde geral^{16,18}, aspectos físicos¹⁷, capacidade física, vitalidade e dor¹⁶.

Verificou-se, com a realização do presente estudo, que sua principal vantagem pode ser compreendida na possibilidade de representação de uma população específica, baixo custo, fácil acesso e aplicação. No entanto, podem-se observar algumas limitações no que diz respeito à veracidade das informações obtidas, uma vez que se tratou de relatos autorreferidos que dispensam comprovação.

CONCLUSÃO

O perfil da Academia Parque é composto em sua maioria por mulheres, com média escolaridade, com a HAS como doença prevalente, cujo motivo para a busca do serviço foi a preocupação com a saúde. Segundo o PAR-Q, os indivíduos apresentavam aptidão para praticar atividade física, embora comorbidades de aspecto físico tenham sido observadas; e, conforme o questionário SF-36, a dor, a capacidade funcional e a limitação por aspectos físicos foram fatores de maior impacto na qualidade de vida. Por conseguinte, esses achados possibilitam uma reflexão acerca da Atenção Primária à Saúde, revelando, ao mesmo tempo, uma situação propícia para uma abordagem interdisciplinar entre profissionais de educação física e fisioterapeutas para que os objetivos e necessidades dos indivíduos participantes do programa sejam alcançados, mediante melhor qualidade de assistência.

Referências

1. Hallal PC, Tenório MCM, Marinho MC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, Damascena W, Malta DC. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(1): 70-78.
2. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(1): 95-102.
3. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, Moraes Neto OL, Temporão JM. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2009; 18(1): 79-86.
4. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev. Saúde Coletiva*, 2007; 17(1): 77-93.
5. Costa JO, Reis BZ, Costa D, Vieira DAS, Teixeira PDS, Raposo OF, Netto RSM. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade – Aracaju, SE. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, 2012; 17(2): 93-99.
6. Paes IMBS, Fontbonne A, Cesse EAP. Estilo de vida em hipertensos freqüentadores do Programa “Academia da Cidade”, Recife, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 2011; 24(4): 340-346.
7. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Neto OLM, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2009; 18(1): 7-16.
8. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa – Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2008; 13(1): 44-56.
9. Moraes SA, Lopes DA, Freitas ICM. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. *Rev. bras. Epidemiol*, 2014; 17: (2) 323-340.
10. Zenith AR, Marques CRC, Dias JC, Rodrigues RCLC. Avaliação da percepção e satisfação da imagem corporal em usuários do Programa Academia da Cidade em Belo Horizonte – Minas Gerais, e-Scientia, 2012; 5(1) 09-17.
11. Menezes MC, Pimenta AM, Santos LC, Lopes ACS. Fatores associados ao diabetes Mellitus em participantes do Programa 'Academia da Cidade' na Região Leste do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2007 e 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2011; 20(4): 439-448.
12. Cansian ACC, Gollino L, Alves JBO; Pereira EMS. Avaliação da ingestão de frutas e hortaliças entre estudantes universitários. *Rev. Soc. Bras. Alim*, 2012; 37(1): 54-63.
13. Lovato NS, Luch MR, Gonzáles AD, Lopes MLS. Assiduidade a programas de atividade física oferecida por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, 2015; 20(2): 184-192.
14. Loch MR, Rodrigues CG, Teixeira DC. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas unidades básicas de saúde de Londrina – PR. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, 2013; (35): 4 947-961.
15. Brandão JTS, Andrade ES, Souza DE, Gama TCCL, Magnani KL, Freitas RPA. Saúde autorreferida e qualidade de vida em praticantes de caminhada do Programa Academia das Cidades Petrolina – PE, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2012; 25(2): 167-175.
16. Kretzer FL, Guimarães ACA, Dário AB, Kaneoya AM, Tomasi DL, Feijó I, Simas JPN, Parcias SR. Qualidade de vida e nível de atividade física de indivíduos na meia idade participantes de projetos de extensão universitária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2010; 34(1): 146-158.
17. Neto EMF, Queluz TT, Freire BFA. Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. *Rev Bras Reumatol* 2011; 51(6): 539-549.
18. Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos MG. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, 2006; (20)3: 219-25.
19. Lopes PR, Barbosa JPAS, Lima AHRA, Miranda AS, Rodrigues LBCC, Sérgio Luiz Cahú Rodrigues, Dias RMR. Triagem pré-participação em exercício físico em pacientes com doença arterial periférica. *J Vasc Bras*. 2012, 11(3): 194-198.
20. Luz LGO, Neto GAM, Farinatti PTV. Validade do questionário de prontidão para atividade física (PAR-Q) em idosos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum*. 2007; 9(4): 366-371
21. Cardoso ALS, Tavares A, Plavnik FL. Aptidão física em uma população de pacientes hipertensos: avaliação das condições osteoarticulares visando a benefício cardiovascular. *Rev Bras Hipertens*, 2008; 15(3): 125-132.
22. Miranda F, Dantas B, Krymchantowski AV. Prevalência e características da cefaléia em uma população de praticantes regulares de exercícios físicos. *Arq Neuropsiquiatr*, 2006; 64(3-B): 802-806.
23. Steffens RAK, Vale BR, Fonseca ABP, Viana MS, Brandt R, Andrade A. Efeito da caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia de mulheres com síndrome da fibromialgia. *R. bras. Ci. e Mov*, 2012;10(1):41-46.

O SIGNIFICADO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: A VIDA CONTINUA

THE MEANING OF STROKE: LIFE GOES ON

Rúbia Hiromi Guibo Guarizi

Mestre. Departamento de Fisioterapia da Universidade de Taubaté

Ana Carolina Basso Schmitt

Doutora. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Contato

Ana Carolina Basso Schmitt
Rua Cipotânea, nº 51 - Cidade Universitária
Universidade de São Paulo – USP
Faculdade de Medicina – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, São Paulo/SP
CEP: 05360-000
E-mail: carolinaschmitt@usp

Agradecimento: ao Programa de Bolsa de Iniciação Científica da Universidade de Taubaté

RESUMO

O acidente vascular encefálico está entre as principais causas de mortalidade e incapacidades, gerando mudanças no padrão de vida. Assim, a análise autoperceptiva sobre a saúde é importante para aprimorar ações e cuidados dos profissionais. O objetivo foi conhecer o significado das sequelas do acidente vascular encefálico para pessoas acometidas. Por metodologia qualiquantitativa, foi avaliada a representatividade social em 27 pessoas acompanhadas pela Saúde da Família de uma cidade do interior paulista, Brasil, que tiveram a doença. A organização e análise dos dados dos discursos foram de acordo com o recurso metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, a partir das expressões-chave, ideias cen-

trais e ancoragens com o *software* QualiQuantiSoft. As ideias mais prevalentes foram: dificuldades com as sequelas físicas, emocionais e sociais, além da dependência de cuidados para as tarefas diárias. Para os homens, houve transformação de vida por não poderem mais trabalhar, fazendo-os “o novo dono de casa”; para elas, por não serem mais capazes de cuidar dos serviços domésticos. Entretanto, as pessoas avaliadas são otimistas com o futuro. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde, especialmente ao fisioterapeuta, que considerem os significados além da clínica para as pessoas que tiveram o acidente vascular encefálico no seu trabalho de cuidado.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico; Pesquisa Qualitativa; Perfil de impacto da doença; Atividades Cotidianas; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Stroke is among the main causes of mortality and disabilities, causing changes in the standard of living. Thus, the self-perceptive analysis about health is important to improve actions and care professionals. The purpose was to understand the meaning of the sequelae of stroke for the people affected. Using quali-quantitative methodology, the social representation was evaluated in 27 people accompanied by Family Health in a city in the countryside of São Paulo, Brazil, which had the disease. The organization and analysis of the speeches were in accordance with the methodological resource of Discourse of the Collective Subject, using key phrases, central ideas

and anchors with the Qualiquantisoft software. The most prevalent ideas were difficulties with physical, emotional and social sequels and dependency of care for everyday tasks. For men, there was a life change because they could no longer work, making them become “househusbands”; for women because they were not able to take care of the household chores. However, the people evaluated are optimistic about the future. Thus, it is necessary that health professionals, specially physical therapists, consider these meanings to people who had stroke in their care work.

Keywords: Stroke; Qualitative Research; Sickness Impact Profile; Activities of Daily Living; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) faz parte de um grupo de afecções caracterizadas por perda súbita, não convulsiva, da função neurológica, devido à isquemia encefálica ou hemorragias intracranianas¹. Enquadra-se como a principal causa de morte e de incapacidade. Tem como consequências *deficit* neurológicos, motores e sensitivos importantes para as pessoas acometidas, o que pode refletir diretamente sobre sua qualidade de vida, tanto no âmbito pessoal quanto no social. Dessa forma, essas pessoas sofrem mudanças drásticas, que as tornam, na maioria das vezes, dependentes de cuidados e auxílios para as suas tarefas diárias, acarretando problemas psicoemocionais e socioeconômicos².

Além das sequelas físicas, psíquicas e sociais, comumente encontradas, acarretadas pelo evento do AVE, geram fortes mudanças no padrão de vida. Para tanto, torna-se importante a realização de uma análise autoperceptiva do indivíduo sobre sua saúde em tais âmbitos, possibilitando que os fatores que alteram o padrão de vida sejam identificados³.

Nesse aspecto, a pesquisa qualitativa pode contribuir para compreensão do significado a respeito das perdas e *deficit* do AVE. Segundo Minayo⁴, a pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Dessa forma, saber quem são e o que essas pessoas que tiveram o AVE pensam sobre as mudanças sofridas é imprescindível para estreitar o relacionamento e aprimorar ações e cuidados contínuos dos profissionais de saúde para “falarem” e “atuarem” em campos sociais mais próximos⁵. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever o significado das sequelas para os homens e mulheres que vivem e convivem com as consequências do AVE.

MÉTODOS

Para conhecer a representação social das consequências do AVE, empregou-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio de pensamentos e opiniões das pessoas que sofreram o AVE^{6,7}. O método permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos e às relações sociais.

O trabalho foi realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Taubaté, interior de São Paulo (SP), Brasil. A cidade contava, em 2009, com 12 Equipes de Saúde da Família que cobriam 7.319 pessoas: 6 na área rural e 6 na urbana⁸. Este trabalho abrangeu as essas unidades urbanas.

Após a aprovação do Departamento de Saúde de Taubaté-SP e do Comitê de Ética da Universidade de Taubaté, protocolo 453/06,) foram identificadas todas as pessoas com registros referidos de AVE, pertencentes à ESF. Dos usuários que aceitaram participar, foram selecionados os autônomos para responderem às perguntas, constituindo a amostra deste estudo. Para tanto, o critério de identificação de cognição foi ter escore mínimo em pelo menos um dos três testes: i) Miniexame do Estado Mental, Teste de Fluência Verbal categoria animal e Teste de Memória de Figuras^{9,10,11}.

Das pessoas aptas, foram questionados dados pessoais, condições de vida, aspectos da doença e questões semiestruturadas. Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários que tiveram AVE, seguiu-se a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹².

Com relação aos aspectos da doença, foram considerados tipo, tempos de lesão autorreferidos e lado corporal acometido. O cuidador foi definido como diretamente responsável pelos cuidados da pessoa, normalmente os familiares ou, ainda, uma pessoa contratada para a função¹³.

Para reconstruir as representações sociais, constituindo a vivência das relações objetivas dos atores sociais, a elaboração das perguntas para as entrevistas semiestruturadas seguiu os pontos relevantes apontados por Lefèvre e Lefèvre¹⁴. As perguntas foram: “Depois que o(a) senhor(a) teve o derrame, como ficou a sua vida?”; “As pessoas passaram a tratar o(a) senhor(a) de maneira diferente depois do derrame? Fale um pouco sobre isso”; “Daqui pra frente, como o(a) senhor acha que vai ficar a sua vida?”.

Para descrição do perfil dos participantes, foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e porcentagem para as categóricas. A organização e análise dos dados obtidos dos discursos individuais foram realizadas de acordo com o recurso metodológico do DSC7. A partir dos discursos, retiraram-se as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens para construção do DSC para os homens e mulheres que tiveram o AVE pelo *software* QualiQuantiSoft¹⁴.

RESULTADOS

Baseado no cadastro das seis Equipes de Saúde da Família (área urbana) da cidade de Taubaté, 89 pessoas tinham informação de diagnóstico de AVE. Destes, 45 não participaram, seja por equívoco de diagnóstico referido (13), morte (2), internação (4), mudança de endereço (21) ou afasia (5). Foram avaliados, portanto, 44 indivíduos; destes, 27 pessoas

(61,3%) tiveram capacidade cognitiva necessária para responder às questões abertas com escore mínimo em pelo menos um dos testes realizados.

Perfil da população estudada

A média de idade foi de 66,1 anos (desvio padrão 11,7), 59,1% eram homens, 45,4% se consideraram pardos e 38,6% brancos. Todos referiram ter religião: 70,4% católicos e 15,9% evangélicos. Sobre o estado marital, 84,1% tiveram pelo menos uma união; 52,3% deles continuaram casados e 25,0% eram viúvos. Quanto à ocupação, 88,6% das pessoas não trabalhavam, entretanto 75,0% tinham remuneração de no máximo um salário mínimo. Apesar de 77,3% deles terem relatado que frequentaram a escola, apenas 43,2% eram alfabetos funcionais, e 82,8% estudaram em escola pública. Sobre o AVE, 88,6% não sabiam o tipo de lesão que ocorreu, e a maioria teve um comprometimento do lado esquerdo do corpo (63,4%). Daqueles que tinham cuidador (56,8%), 32,0% eram parentes próximos, 28,0% o cônjuge e 24,0% o(a) filho(a).

Os Discursos do Sujeito Coletivo

A Tabela 1 expõe a distribuição das pessoas entrevistadas, segundo as ideias centrais de cada pergunta semiestruturada. Independentemente das perguntas feitas, a ideia central que se repetiu preponderante foi “a dificuldade com as sequelas decorrentes do AVE”.

TABELA 1. Distribuição das pessoas entrevistadas, segundo as ideias centrais das três perguntas realizadas. Taubaté, 2009.

Pergunta	Ideias centrais	n (%)
1. “Depois que o(a) senhor(a) teve o derrame, como ficou a sua vida?”	Ficou com sequelas físicas, emocionais e sociais.	25 (92,6)
	Ficou ruim, piorou, mais difícil.	16 (59,3)
	Ficou bem, normal ou boa.	7 (25,9)
	Ficou dependente.	4 (14,8)
	As pessoas não respeitam.	2 (7,4)
2. “As pessoas passaram a tratar o(a) senhor(a) de maneira diferente depois do derrame? Fale um pouco sobre isso.”	Não, continua igual.	19 (70,4)
	Sim, melhor.	7 (25,9)
	Sim, pior.	7 (25,9)
	Como deficiente e sequelado.	7 (25,9)
	Dependente.	2 (7,4)
	Não dão confiança.	1 (3,7)
	Seria pior se não estivesse trabalhando.	1 (3,7)
3. “Daqui pra frente como, o(a) senhor(a) acha que vai ficar a sua vida?”	Espera que fique boa.	19 (70,4)
	Não sabe.	11 (40,7)
	Com sequelas físicas, emocionais e sociais.	11 (40,7)
	Acha que a morte está perto.	5 (18,5)
	Só Deus pode saber.	3 (11,1)
	Derrame e outros problemas.	2 (7,4)
	Dependente.	2 (7,4)
	Precisaria de fisioterapia.	1 (3,7)
	Ruim.	1 (3,7)
	Fugiria da doença se pudesse adivinhar.	1 (3,7)

* uma pessoa pode apresentar mais que uma ideia central.

Na questão sobre como ficou a vida após o AVE, todas as ideias centrais foram negativas, apenas para 7 pessoas (25,9%) a vida ficou “bem, normal ou boa”. A ideia prevalente (92,6%) foi “com sequelas físicas, emocionais e sociais”. Para esta, os homens disseram

“ *Sinto a mão meio esquisito né... Começou a bambear minha perna, se eu fico em pé dá tontura, daí caio. Digo que minha vida ficou outra porque agora sou um homem que vivo só dentro de casa enquanto minha mulher trabalha. Antes falava: vou fazer isso e fazia, hoje tenho medo. Não tenho força, quero fazer uma coisa não posso, dispara o nervo né?... eu jogava bola, dirigia caminhão, passava a noite na estrada, rebocando carro, agora só tô em casa...”*

Em relação à mesma questão e ideia, as mulheres disseram:

“ *Ah! Daí comecei a andar mancando mesmo. Pra tomar banho, tinha que segurar, usar cadeira. Pra vestir tem que ter paciência, eu não consigo colocar direito. Pra comer, eu fiquei com problema na garganta, engasgo até com água. A gente fica depressiva, não posso fazer nada, eu sou uma pessoa que toda a vida fui responsável pela casa. Nem dançar não posso mais.”*

Na questão referente ao olhar/tratamento diferente de outras pessoas depois do AVE, a ideia central “Não, continua igual” foi a mais prevalente (19 pessoas), no entanto, outras tiveram a mesma prevalência (7 pessoas) de importante destaque, entre elas: “como deficiente e sequelado”.

O DSC da ideia central “como deficiente e sequelado” dos homens foi:

“ *A gente fica meio esquisito, a gente tem que cuidar da pressão, às vezes até pra calçar essa sandália aqui eu erro... que é coisa fácil né, o pé, a perna não ajuda, é lerda né, não tem força, que nem o braço e a mão... de repente não podia mais trabalhar. Tava fraco, não podia fazer nada, eu mesmo me afastei... quem quiser falar que eu sou vagabundo, não importa.”*

O DSC das mulheres da mesma ideia central foi:

“ *Eu fui jogada pras traças, pior que isso, muito sofrido. Parece que a gente não vai fazer mais nada. O marido quer até catar outra porque acha que você já não presta mais... Tem ainda meu filho, ele sabe que eu tenho esse problema, mas ele não olha, só Deus sabe o que eu sinto.”*

Por fim, quando questionados sobre o futuro, a ideia central prevalente foi “espera que fique boa”. Os homens disseram

“*Eu espero que melhore mais... a tendência é melhorar. Na minha ideia acho que vai ficar bom... até maravilhosa porque eu tô obedecendo tudo direitinho, agora tô num tratamento bom, acertei os remédios que eu tomo porque eu tomo remédio de pressão... O que eu tenho medo mesmo é de ficar paralisado! Agora eu vô voltar pra fisioterapia de novo né, para voltar a caminhar, e se perco peso com uma boa alimentação ajuda muito né. Eu quero recuperar, quero sarar, se possível trabalhar mais um pouco, mas eu tô em fase de aposentadoria...”*

E sobre o futuro para as mulheres:

“*Ah, espero que fique boa, né? Espero que melhore logo. Eu vou no supermercado, eu vou lá, empurro o carrinho, faço compra, faço com as minhas dificuldades a lista de compra, devagarzinho vou fazendo, chego lá compro tudo que eu quero, tudo legal.”*

DISCUSSÃO

É importante ressaltar que a natureza descritiva e qualitativa deste estudo permite apenas informações/significados das sequelas para os homens e mulheres que vivem e convivem com as consequências do AVE referentes às pessoas selecionadas, independentemente do comprometimento funcional ou severidade da lesão. Pela natureza do trabalho, as entrevistas puderam ser realizadas com pessoas que conseguiam falar e com cognição suficiente para responder às questões.

Experiência frequentemente relatada nos DSCs é a consequência da doença, tanto físicas quanto emocionais e sociais. Tal fato é continuamente relatado pelas dificuldades para realização das atividades de vida diária em ambos os gêneros, especificamente as ocupacionais entre os homens. Para eles, ficou evidente a transformação de sua vida no âmbito profissional e em seu papel na família, deixando de ser o responsável pelas finanças do lar, passando a ter um papel passivo. Outra situação

interessante exposta no discurso é a indignação, o não conformismo dos homens em se situarem em um ambiente em que eles passam a ficar em casa enquanto suas esposas saem para trabalhar. Isso porque a capacidade funcional, a atividade laboral e as relações sociais são os domínios mais prejudicados pelo AVE, tanto em curto como em longo prazo, afetando a vida desses indivíduos. Nota-se, assim, que os aspectos sociais devem, precocemente, fazer parte dos objetivos e dos planos da recuperação / reabilitação da pessoa, durante todas as suas fases, incorporando-o de volta à comunidade¹⁵.

Outra sequela embutida no discurso é o problema emocional; alterações psicoemocionais, como a ansiedade, frustração, depressão são frequentemente evidenciadas³. É de extrema importância o cuidado como fator decisivo e potencial para a redução da incapacidade do indivíduo. Os fatores emocionais e psicológicos, a falta de informações e a importância da realização dos primeiros cuidados são essenciais tanto na vida das pessoas acometidas como de seus cuidadores. Assim, deve-se

otimizar a facilitação dessas pessoas nos serviços de saúde. O fator depressivo, além da inatividade e problemas cognitivos, pode gerar declínio da mobilidade do indivíduo, acarretando dependência para a realização das atividades de vida diária, afetando a sua reintegração social¹⁶. A depressão é uma das complicações mais presentes entre as pessoas que sofreram o AVE e está associada com aumento da mortalidade, maior prejuízo no funcionamento físico e da linguagem, hospitalização mais prolongada e redução da qualidade de vida^{17,18}.

Observa-se, ainda, a importância dada para as mudanças ocasionadas nos papéis sociais, havendo, muitas vezes, uma transformação em toda a estrutura familiar. Após o episódio do AVE, é possível notar rompimentos e alterações no sistema familiar, em que seus membros têm de se adaptar à nova situação, gerando desequilíbrios e desarmonias. Há a necessidade de redefinição dos papéis, escolha e adequação de quem será o responsável pelo paciente, além, de gerar alteração em todo o ambiente para favorecer os cuidados necessários¹⁹. Tal situação é observada neste estudo: a maioria dos cuidadores era familiar próximo e mulher.

O fato de a “dependência” ter sido referida em todas as questões abertas, pode-se inferir, assim, que a ocorrência da doença representa um fator de extrema transformação na vida dessas pessoas, deixando-os(as), abruptamente, com graus de deficiências e incapacidades físicas capazes de torná-los(as) dependentes de terceiros para auxiliá-los(as) ou até mesmo realizar, por eles(as), grande parte de suas atividades. Baseando-se nos discursos presentes, é notado que, para os avaliados, essa dependência denota um fator negativo para suas vidas, não estando satisfeitos com a situação, e possivelmente pode ser vinculada à intensificação de seus sintomas depressivos²⁰.

Essa dependência se dá, muitas vezes, com o cônjuge da pessoa acometida. Dos avaliados nesta investigação, 23 (52,3%) eram casados, sendo este um fator contribuinte para a participação de um familiar próximo na realização dos cuidados²¹. Para tanto, há, nessa situação, uma revolução no ambiente familiar que deve se adequar para dar a atenção necessária, desde aspectos físicos, emocionais, econômicos e de reintegração social¹⁹.

Em relação às sequelas consequentes à doença, fica evidente a relação que os homens fazem

com sua incapacidade de trabalhar^{20,22}. Por este motivo, eles se veem rebaixados e humilhados perante a sociedade por não poderem ou não serem mais capazes de exercer seu papéis. Tal situação é exposta nos discursos, em que relatam o seu comportamento de afastamento, ficando reclusos em casa pelo fato de parecerem para outros como um inútil.

Na questão referente à expectativa de vida, houve prevalência da ideia de que ficará boa, melhor, sendo evidente para os homens a importância que eles dão para a sua relação com a profissão; já para as mulheres, fica, novamente, clara a ideia da responsabilidade com os afazeres domésticos. A partir desses discursos, observou-se que essas pessoas, sem terem conhecimento específico sobre a doença, descrevem as consequências geradas em suas vidas, implicando *deficit* sociais no caso. Ao referirem esperança de melhora, notou-se que fazem a ressalva de que a correta realização de cuidados e de tratamento, seja medicamentoso ou fisioterapêutico, é o que fará com que sua melhora seja otimizada e que haja, concomitantemente, a manutenção de tais intervenções. Isso se deve, provavelmente, à concepção de que após ocorrência da lesão o que resta é se cuidar para que outras sequelas não sejam estabelecidas, ficando claro para as mulheres o receio de ficarem “paralisadas”.

Tal expectativa otimista após o AVE foi observada por pacientes de um centro de reabilitação na Alemanha. Com o cuidado, os pacientes tiveram melhora da independência e nas atividades funcionais, relatando melhor qualidade de vida²³.

CONCLUSÃO

Assim, as ideias mais prevalentes nos DSCs para os homens e para as mulheres, independentemente do questionamento, foram as consequências física, emocional e social decorrentes do AVE e a dependência de autocuidados e auxílios para as tarefas diárias. Para eles, houve uma transformação de vida por não poderem mais trabalhar, ocorrendo troca de papel social familiar, “o novo dono de casa”; para elas, por não serem mais capazes de cuidar dos serviços da casa. Entretanto, a maioria tem expectativa de uma vida melhor. Dessa forma, cabe ao profissional de saúde, especialmente ao fisioterapeuta, que considere os significados além da clínica para as pessoas que tiveram o AVE no seu trabalho de cuidado.

Referências

1. DECs Browser [Internet]. BIREME: Biblioteca Virtual em Saúde. Acidente Vascular Cerebral. [Citado em 12 jul 2011]; Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>
2. Fróes KSSO, Valdés MTM, Lopes DPLO, Silva CEP. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2011;69(2b):371-376.
3. Souza BPF, Torquato Junior MAA, Soare SMSR. Prevenção de depressão pós-AVC. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(4):182.
4. Minayo MCS. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(2):32-38.
6. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):507-14.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Rio Grande do Sul: Educs; 2005.
8. Brasil. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde. [Citado em 8 out 2006]; Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.html>.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3b):777-781.
10. Bruki SMD, Malheiro SMF, Okamoto IH, Bertoluci PHF. Dados normativos para o uso do teste de fluência verbal categoria animal em nosso meio. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997;55(1).
11. Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC, Caramelli P, Carrilho PE, Sauer N, et al. Neuropsychological tests of simple application for dementia diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(4):457-465.
12. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
13. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em estudo*. 2008;13(2):223-229.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Depoimentos e Discursos, uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Editora Liber Livro; 2005.
15. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1341-1348.
16. Ayerbe L, Ayis S, Rudd AG, Heuschmann PU, Wolfe CDA. Natural History, Predictors, and Associations of Depression 5 Years After Stroke. *Stroke*. 2011;42:1907-1911.
17. Terroni LMN, Mattos PF, Sobreiro MFM, Guajardo VD, Fráguas R. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;36(3):100-8.
18. Palazzo C, Ravaut J-F, Trinquart L, Dalichampt M, Ravaut P, Poiraud S. Respective Contribution of Chronic Conditions to Disability in France: Results from the National Disability-Health Survey. *PLoS ONE*. 2012;7(9):e44994.
19. Rodrigues LS, Alencar AMPG, Rocha EG. Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):272-9.
20. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004;4(1):95-101.
21. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após Acidente Vascular Cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2006;14(3):364-371.
22. Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*. 2012 21;12(1):470.
23. Hasenbein U, Reissberg H, Wallesch CW. Expectations of stroke patients concerning in-patient or out-patient neurological rehabilitation in Phase D. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2004 43(2):65-74.

A SAÚDE COLETIVA NAS PRÁTICAS EDUCACIONAIS DOS FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

THE RELATIONSHIP BETWEEN EDUCATIONAL PRACTICES AND PUBLIC HEALTH AMONG THE PHYSICAL THERAPY PROFESSORS OF THE UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Viviane da Costa Reis

Universidade do Estado do Pará

Renato da Costa Teixeira

Universidade do Estado do Pará

Contato

Viviane da Costa Reis
Trav. Lomas Valentinas, 1354 - ap. 501
Bairro Marco, Belém/PA
CEP: 66093-671
E-mail: vivianedacostareis@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Este estudo se propôs a investigar a aproximação das práticas educacionais dos fisioterapeutas docentes do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará com a saúde coletiva.

Método: Tratouse de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado em duas etapas: a etapa 1 foi realizada por meio de um questionário para buscar a afinidade desse docente com a saúde coletiva; a etapa 2 constou de entrevistas e buscou aprofundar o conhecimento dos docentes sobre o tema. Os resultados quantitativos expressaram o perfil dos docentes. Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Responderam ao questionário 27 docentes, e foram entrevistados seis docentes escolhidos aleatoriamente. Entre os que responderam ao questionário, 16 eram do sexo feminino,

têm mestrado, a idade média é de 41,77 anos, têm em média 14,77 anos de docência, desenvolvem ou desenvolveram pesquisa (96%) e extensão (81,5%), trabalham em ambulatórios e hospitais públicos e atuam na área de traumatologia-ortopedia, cardiopulmonar e neurofuncional. Quanto às entrevistas, os participantes demonstraram conhecer os conceitos de saúde, entendem a importância da relação da fisioterapia com a saúde coletiva e suas limitações, porém não associam a saúde coletiva com as disciplinas que ministram, evidenciando afastamento das suas práticas educacionais com a saúde coletiva. **Conclusão:** As práticas educacionais dos docentes investigados não são associadas à saúde coletiva, enfraquecendo o modelo de formação, portanto é preocupante para a formação dos futuros profissionais o afastamento evidenciado nas falas dos docentes.

Palavras-chave: Saúde coletiva; Fisioterapia; Educação superior.

ABSTRACT

Purpose: This paper aimed to study the approximation of educational practices of professors of the Physical therapy course from the Universidade do Estado do Pará with public health. **Methods:** It is a descriptive study with qualitative and quantitative, carried out in two steps: step 1 was conducted through a questionnaire to seek affinity of such professor with public health; step 2 consisted of interviews and sought to deepen the knowledge of professors about the subject. Quantitative results show the professor's profile. Qualitative data were analyzed by content analysis of Bardin. **Results:** The questionnaire was answered by 27 professors and 6 professors were interviewed randomly chosen. Among those who answered the questionnaire, 16 were female, have master's degree, the average age is 44,77 years, average time

of teaching of 14,77 years, are currently developing or have developed any research (96%) and extension (81,5%), work at ambulatory clinics and public hospitals and operate on fields of cardiorespiratory and neurofunctional traumatology and orthopedics. As for the interviews, the partakes evidenced knowledge about the notions of health, understanding of the importance of the link between physical therapy and public health and its limits, however they do not associate the public health issues with the subjects they teach, showing the distance between their educational practices and public heal. **Conclusion:** The educational practices of the professors investigated are not associated with public health, weakening the training model, therefore it is worrisome for the training of future professionals the evident distance in the professors' statements.

Keywords: Public Health; Physical Therapy Specialty; Education, Higher.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde, assim como o de doença, tem sido visto sob diversas óticas ao longo do tempo, variando de acordo com as condições econômicas, políticas, sociais, ambientais e culturais, mostrando que saúde é um termo multifacetário e que não possui um conceito estático. No início do século XX, prevalecia o conceito de saúde como ausência de doença. Na Carta de princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgada em 7 de abril de 1948, saúde foi conceituada como um bem-estar biopsicossocial, sendo este universalmente aceito^{1,2}.

Atualmente, é consenso a importância de outros componentes que não os biológicos na condição de saúde, constituindo-se nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Estes tornaram-se destaque em fins dos anos 1970 com a Conferência de Alma-Ata e nos anos de 1990 com o debate sobre as Metas do Milênio e com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde em 2005¹.

Os determinantes sociais englobam aspectos como moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho, renda, lazer, desigualdades sociais, discrepâncias de acesso em função da etnia, raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências e orientação sexual e estão extremamente ligados à saúde do indivíduo e da comunidade².

É importante destacar que, para a Constituição Federal, saúde é um direito universal do cidadão e dever do Estado, sendo um processo que perpassa aspectos individuais e coletivos, relacionando-se com a preservação da vida³.

Diante disso, as graduações em saúde devem se adequar a essa visão do processo saúde-doença. Essa tarefa, porém, é um grande desafio para a educação superior em Fisioterapia. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizem um modelo de graduação com um perfil de egresso com formação generalista, humanista, crítico e reflexivo, com competências para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, alguns autores têm apontado que ainda há predominância do paradigma reabilitador em seus cursos de graduação^{4,5}.

A fisioterapia é uma profissão de saúde que emergiu a partir da década de 1950 como auxiliar médico no processo de reabilitação de pessoas acometidas, principalmente, por sequelas da poliomielite, tendo sido reconhecida como profissão de nível superior apenas em 1969 e permanecido com esse viés reabilitador até o advento das diretrizes curriculares em 2002. O reconhecimento da atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ocorreu apenas em 2009.

A necessidade de superação dessa visão da reabilitação como único nível de atuação profissional perpassa por esse profissional abarcar novas esferas de atuação do fisioterapeuta, como, por exemplo, a saúde coletiva que se encontra dentro dos campos da reorientação da atuação do fisioterapeuta e dos demais profissionais de saúde, sendo que a aproximação com a promoção de saúde e com novas lógicas dos modelos assistenciais não exclui as competências de reabilitação, podendo, inclusive, serem trabalhadas conjuntamente⁶.

Há consciência de que a fisioterapia precisa avançar quanto à atuação em todos os níveis de saúde, apropriando-se do campo da saúde coletiva, porém ainda há um forte atrelamento ao modelo de atenção tradicional, biologicista, biomédico, distante das reais necessidades das populações mais vulneráveis.

A Saúde Coletiva nasceu no contexto da luta pela redemocratização de nosso país e da Reforma Sanitária em 1970. A Saúde Coletiva, mais do que uma especialidade, configura-se como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar⁷.

Políticas como a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) favoreceram a mudança do modelo assistencial, porém, dentro desse contexto, o fisioterapeuta ainda é relacionado fortemente com a reabilitação dos pacientes^{8,9}. Portanto, para o sucesso de um modelo de atuação profissional cientificamente mais fundamentada, sanitariamente mais contextualizada e socialmente mais comprometida, a formação acadêmica é um ponto fundamental⁶.

Tendo em vista a relevância dessa temática para construção e reconstrução do modelo de ensino em fisioterapia que está sendo aplicado na Universidade do Estado do Pará (UEPA), este estudo objetivou investigar a aproximação das práticas educacionais dos fisioterapeutas docentes do curso de Fisioterapia da UEPA com a saúde coletiva.

MÉTODOS

Para atingir tais objetivos, foi realizado um estudo descritivo e transversal, de abordagem qualitativa e quantitativa, pois tal tema não poderia ser reduzido a interpretações de números e nem mesmo ser analisado de forma isolada ao contexto histórico e social.

Métodos quantitativos e qualitativos não devem ser tratados como antagônicos, pois tais abordagens podem ser complementares quando bem trabalhadas, produzindo grande riqueza de informações: o estudo quantitativo apresenta dados diretos e padronizados, enquanto o qualitativo evita o risco de obter respostas prontas ou exatas e evidencia subjetividades que vão além das análises estatísticas^{10,11}.

A coleta de dados ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus II da UEPA, atendendo à Resolução CNS 466/12.

O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira consistiu na aplicação de um questionário semiestruturado a todos os fisioterapeutas docentes do curso, com perguntas abertas e fechadas, composto por dados demográficos, como sexo, idade, tempo de docência na instituição e em outras Instituições de Ensino Superior, titulação, atividades que desen-

volem na docência e atuação profissional, estabelecendo o perfil dos participantes. Os dados quantitativos foram armazenados em uma planilha eletrônica.

A segunda etapa foi realizada a partir dos resultados dos questionários. Os participantes foram, inicialmente, separados em dois grupos de acordo com as respostas. O grupo 1 foi composto por docentes que relataram ter trabalhado com saúde coletiva (12 docentes); e o grupo 2, composto por aqueles que relataram não ter trabalhado na área (15 docentes).

A partir dessa divisão, os participantes foram randomizados por meio do pacote estatístico BioStat 5.0. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada em que os dados foram registrados por gravação de áudio e anotações em instrumento próprio, em que se buscaram informações quanto aos conceitos das relações de saúde-doença, saúde coletiva e a Fisioterapia e saúde coletiva e a prática docente. As entrevistas duraram em média uma hora e 10 minutos, sendo a mais longa com duração de uma hora e 40 minutos e a mais curta com duração de 40 minutos. Todos os protocolos de pesquisa foram elaborados pela autora a partir de estudos de Viana¹² e Kozelinski¹³ e validados pelo orientador e especialistas na área.

Foram convidados a participar do estudo todos os fisioterapeutas docentes do curso de Fisioterapia da UEPA – Campus II em pleno exercício de suas atividades acadêmicas no período da coleta de dados, totalizando 28, tendo sido excluídos aqueles que recusaram participar, que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que estavam ligados direta ou indiretamente ao estudo e os que tinham menos de dois meses de docência na UEPA. O contato com os docentes foi realizado na própria universidade ou nos seus locais de prática. Desse modo, considerando que houve somente uma recusa, a amostra da primeira etapa foi composta por 27 docentes; e a da segunda etapa por 6 docentes, uma vez que nessa etapa foi utilizado o critério de saturação dos dados para estabelecimento da autolimitação da amostra.

Todos os docentes selecionados para participar das entrevistas aceitaram o convite e tiveram os encontros agendados conforme a disponibilidade de data e horário de cada um no próprio ambiente de trabalho dos participantes. Todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora na mesma semana em que foram realizadas, garantindo, assim, a fidedignidade no registro dos dados.

Por fim, as entrevistas foram analisadas com base na análise de conteúdo de Bardin, método amplamente aplicado em pesquisas qualitativas, em que se optou por adotar a análise temática¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil docente

Os 27 participantes do estudo têm idade compreendida entre 28 e 54 anos, a idade média correspondeu a 41,77 anos. Em relação ao sexo, 11 (40,7%) são do sexo masculino e 16 (59,3%) do sexo feminino. Quanto à formação, 14 graduaram-se em outras Instituições de Ensino Superior (IES) e 13 são egressos da UEPA, todos têm pós-graduação: 4 (14,8%) são especialistas, com mestrado não concluído ou em andamento, 18 (66,7%) são mestres, sendo que 8 estão com o doutorado em andamento, e 5 (18,5%) têm doutorado.

Considerando que 17 (63%) docentes atuam em outras IES, a média de tempo na docência é de 14,77 anos, sendo 11,59 anos a média de anos de atuação como docente na UEPA.

Ao serem questionados quanto à realização de pesquisa e extensão, além da inserção na política, 26 (96%) docentes responderam que realizam pesquisa científica, porém somente 12 (44,5%) produzem pesquisas voltadas para a saúde coletiva; 22 (81,5%) docentes desenvolvem projetos de extensão universitária.

Em relação à atuação profissional, seis docentes citaram duas áreas de atuação, sendo as mais prevalentes: Fisioterapia Cardio e/ou respiratória (7), Traumatologia e/ou ortopedia (7), Neurofuncional adulta e infantil (7), Saúde da mulher (2), Neonatologia (2), outras áreas (8).

No que se refere a campos de atuação, a maioria dos docentes atua em serviços públicos, seja em ambulatórios e/ou hospitais. Somente um docente relatou que não atua na assistência.

No que diz respeito à atuação em saúde coletiva, 15 docentes disseram que nunca trabalharam com saúde coletiva, enquanto 12 relataram que trabalharam nessa área. Os principais motivos alegados para não terem trabalhado foram: falta de oportunidade, foco no atendimento hospitalar e não ser sua área de interesse. Os que trabalharam expuseram que sua experiência foi motivada pela docência, por meio da pesquisa, extensão ou disciplinas de prática.

Conhecer o perfil docente é importante para discutir a formação acadêmica que está sendo aplicada na graduação. No que diz respeito ao tripé universitário (ensino, pesquisa e extensão), nota-se que a maioria dos docentes está envolvida com projetos de extensão e pesquisa, porém suas pesquisas não estão relacionadas com a saúde coletiva, corroborando a opinião de autores^{15,16} que relatam que a produção científica da fisioterapia em saúde coletiva é recente, reduzida e com limitações.

Quanto à atuação profissional, a maioria dos docentes atua na rede pública, porém não basta isso. É necessário que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja facilitador da aproximação do fisioterapeuta com as reais demandas da população, e não apenas com os aspectos biológicos, sem que eles atuem de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção¹⁷.

Entre os locais de atuação, os mais citados foram os ambulatórios e hospitais. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul¹⁸, evidenciou-se que os fisioterapeutas docentes atuavam nesses campos tradicionais, porém no setor privado.

Em relação às especialidades, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece 14 especialidades da fisioterapia, entre elas está a saúde coletiva como especialidade (Resolução 363/09)¹⁹.

Os docentes da UEPA tiveram como especialidades mais citadas a Fisioterapia em Traumatologia e/ou Ortopedia, a Fisioterapia Neurofuncional e a Fisioterapia em Cardio e/ou respiratória.

Análise qualitativa dos dados

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio de três etapas: leitura do referencial bibliográfico para chegar às categorias teóricas; elaboração do instrumento de pesquisa, criando-se as categorias empíricas; leitura, organização e análise do material coletado, chegando-se às unidades de análise.

As categorias de análise que emergiram da leitura inicial foram: conceito de saúde-doença; representação de saúde coletiva pelos docentes; inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva; prática docente em saúde coletiva; conhecimento do projeto pedagógico do curso no que tange à saúde coletiva.

A partir dessas categorias, emergiram os seguintes conteúdos.

Conceito de saúde-doença e representação de saúde coletiva pelos docentes

Quando comparadas as respostas às entrevistas dos dois grupos, não houve grande divergências nas falas, observando-se que a maioria dos docentes entende os conceitos da relação saúde-doença, porém pontuaram que o fisioterapeuta tem dificuldade de intervir nesse contexto, pois ainda está muito envolvido com a questão física do paciente. O trecho abaixo evidencia isso:

É importante porque a partir do momento que você sabe o que leva um ser humano a adoecer, você passa também a pensar em outros aspectos, não só o bio, o físico [...] normalmente a gente costuma visualizar mais o físico, mas existem outros aspectos como saneamento básico, condições de moradias [...] – E1.

Os seis docentes relacionaram a saúde coletiva com a saúde da comunidade, do comum e de grupos de pessoas, porém algumas falas destacaram que a saúde coletiva engloba os cuidados ao indivíduo em todos os níveis de atenção como demonstrado a seguir:

[...] A saúde coletiva tem um cunho tanto individual quanto coletivo, [...] através desse indivíduo a gente compreende repercussões de um contingente maior. [...] a saúde coletiva tem um papel dentro da atenção do indivíduo, ela engloba nossa atenção básica, ela engloba os cuidados de média complexidade e ela engloba os processos de alta complexidade, ou seja, ela vê o cuidado a população e ao indivíduo em toda sua integralidade [...] – E5.

Na fala a seguir, o docente reconhece a saúde coletiva como uma área (e não somente especialidade) que deve abranger as demais, ou seja, é possível trabalhá-la em qualquer nível de atenção:

Eu não acredito na saúde coletiva como especialidade [...] a saúde coletiva é uma área de conhecimento, então ela abrange todas as especialidades [...] “Ah, sou especialista em acupuntura”, certo, mas você precisa saber que a acupuntura deve servir a coletividade [...] – E4.

Essa visão é descrita por um autor⁶ que estuda a fisioterapia e a saúde coletiva, e ressalta que a saúde coletiva engloba e amplia a intervenção da Fisioterapia, controlando os dados e os riscos à saúde, atendendo a grupos populacionais doentes ou não.

Além disso, conforme foi relatado por um docente, a saúde coletiva não deve ser tratada como uma especialidade isolada, ela deve primar, sobretudo, por uma atuação direcionada às coletividades humanas, às melhorias dos hábitos e condições de vida, promovendo saúde e evitando distúrbios⁶.

Inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva

No que diz respeito à inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva, nas falas abaixo, os entrevistados citam a importância da articulação técnica e política, além de expor que as limitações desse processo são a formação e a qualificação do profissional, a herança histórica de profissão reabilitadora, a carência de políticas públicas e a falta de conhecimento por parte dos profissionais, governantes e sociedade.

[...] o fisioterapeuta deve ter uma importância fundamental nesse processo [...] passa a ser um potencializador, um divulgador, ele passa a ser um articulador tanto no sentido técnico quanto no sentido político [...] – E3.

Em relação à formação do Fisioterapeuta [...] a própria história da fisioterapia [...] ela já foi destinada a atendermos pacientes pós-guerra [...] a saúde coletiva para o fisioterapeuta é uma visão nova [...] – E1.

[...] esclarecimento para a comunidade, [...] a questão da qualificação profissional, [...] uma abertura maior das políticas públicas, especialmente do governo em promover essa facilitação. [...] – E6.

No que se refere à concepção da atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva, os entrevistados reconhecem a importância e os avanços dessa inserção, porém pontuam que há necessidade de mais articulação técnica e política. Assim como os entrevistados, Rizzo et al.¹⁶ destacam que a categoria profissional deve ser fortalecida politicamente para alcançar seu espaço na sociedade. Formiga e Ribeiro⁸ dizem que as habilidades dos fisioterapeutas para atuação na saúde coletiva só serão desenvolvidas com a capacitação profissional e reorientação da formação acadêmica.

Quanto à dificuldade da inserção da Fisioterapia na saúde coletiva, é possível fazer uma relação entre alguns fatores limitantes citados pelos entrevistados ao processo histórico de formação da pro-

fissão, em que a atuação na saúde coletiva foi pouco explorada pelos fisioterapeutas, caracterizando a formação acadêmica e o perfil profissional voltados para reabilitação^{14, 21}.

É relatado na literatura que a formação acadêmica do fisioterapeuta não o prepara e nem o incentiva a atuar em saúde coletiva¹⁶. Portanto, a mudança desse cenário ocorrerá somente por intermédio da reestruturação da formação profissional e da modificação da própria postura dos fisioterapeutas.

No caso das políticas públicas, é importante citar que a criação do NASF favoreceu a inserção do fisioterapeuta na atenção básica, porém, mesmo dentro desse contexto, esse profissional ainda é conhecido como profissional da reabilitação^{8,9}, conforme dito pelos participantes deste estudo.

Prática docente em saúde coletiva

Quanto à prática docente, eles pontuam como desafios do processo ensino-aprendizagem: a necessidade de uma formação mais generalista, mais investimento em pesquisa e locais de prática, defasagem das metodologias de ensino, a limitação de conhecimento e didática dos docentes.

[...] está faltando que a gente consiga integrar isso tudo, que o aluno consiga entender a importância disso tudo [...]. Precisa de uma formação mais generalista, tanto da parte da faculdade que tem que promover e do aluno para perceber isso. – E2.

Acho que os principais desafios são as metodologias utilizados no ensino [...] metodologia tradicional de ensino-aprendizagem já não contempla mais a dinâmica da realidade, do cenário real [...] – E5.

Em relação às atividades práticas na ou para comunidade, os que não as realizam justificaram que essas práticas não estão relacionadas com as disciplinas que eles ministram, evidenciando um afastamento da prática profissional do docente com a saúde coletiva.

No que tange à aproximação da prática educacional à saúde coletiva, alguns relataram que sua disciplina não deve contribuir para o desenvolvimento de competências dos fisioterapeutas para saúde coletiva, pois são disciplinas voltadas para atenção terciária ou reabilitação. Seguem abaixo algumas falas:

Não, pelo mesmo motivo, [a disciplina] é atenção terciária [...] – E1.

Não, [...] ela [a disciplina] é reabilitação – E2.

Entre os que referiram que a sua disciplina deve contribuir para esse aspecto, a minoria aborda a saúde coletiva durante a prática docente. Como podemos perceber nos trechos a seguir:

Não é que ela [a disciplina] não deva contribuir, mas eu vejo dificuldade do aluno [...], o foco está no trauma [...] – E5.

[...] como minha formação não é nessa área, eu acabo trabalhando de maneira bem restrita ao assunto da disciplina. – E3.

É importante destacar que um dos docentes que afirmou abordar a saúde coletiva na sua disciplina relatou que faz isso devido à motivação pessoal a partir do contato com as Ciências Humanas e Sociais.

Em relação ao processo ensino-aprendizagem, como relatado pelos entrevistados, a formação generalista e a aplicação de novas metodologias são grandes desafios para o ofício da docência em Fisioterapia. Geralmente a formação recebida pelos docentes fisioterapeutas foi caracterizada pelo modelo tradicionalista de atuação profissional, com fragmentação do conhecimento e voltada para especialidade técnica, sem receber nenhuma formação pedagógica²⁰.

As novas metodologias, com a inserção de conteúdos de natureza social, debates sobre temas transversais, seminários interdisciplinares, utilização de recursos como rodas de leitura, discussão de filmes, entre outras coisas, são iniciativas que podem favorecer o aprendizado²².

Ainda no que diz respeito aos desafios do processo ensino-aprendizagem, nas falas dos entrevistados, eles demonstram ter consciência que a sua prática pedagógica é importante para formação acadêmica. O sucesso desse processo dar-se-á por meio da aproximação com conceitos de integralidade e interdisciplinaridade, capacitando o discente para atuação nas diversas realidades^{20, 21}.

Diante desse cenário, a extensão e o trabalho na comunidade são fundamentais para a vivência do fisioterapeuta. A inserção precoce do acadêmico nessas atividades facilita a atuação profissional futura, porém, diferentemente dos dados expostos no estudo de Gasparetto e Soares¹⁸, a maioria dos seis participantes deste estudo não realizou essas atividades nos últimos cinco anos, utilizando como justificativa o fato de que essas práticas não têm relação com sua disciplina ou área de trabalho.

Conhecimento do projeto pedagógico do curso no que tange à saúde coletiva

Por fim, foi questionado se o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) do curso favorece a aproximação da formação acadêmica à saúde coletiva. Notou-se que entre os entrevistados poucos conhecem o PPC, pois, nas suas respostas, abordaram questões relativas à universidade, e não especificamente sobre o PPC de Fisioterapia. Entre os que demonstraram conhecê-lo, a maioria relatou que ele não favorece a aproximação com saúde coletiva porque os discentes têm a vivência na área de fato somente no 5º ano do curso, conforme segue a fala abaixo:

Não. Nem um pouco. [...] Eu acho que eles só têm prática no 5º ano [...] deveria ser bem antes até pela questão de você estar envolvido com uma comunidade. – E6.

O docente que relatou que a aproximação com saúde coletiva é favorecida, ressaltou que o PPC foi finalizado com pendências e que atualmente precisa de reformulação, conforme segue abaixo:

[...] o projeto da UEPA favorece, porém ele precisa de reformulação [...] ele já foi finalizado com situações pendentes. – E4.

Tratando-se da aproximação das práticas educacionais com a saúde coletiva, as abordagens relacionadas com a saúde coletiva fortalecem o modelo de formação generalista e integral⁵, portanto é preocupante o afastamento evidenciado nas falas dos docentes.

O trabalho interdisciplinar e o conhecimento em outras áreas podem favorecer a aproximação com saúde coletiva⁶, de modo que a mudança dessa conjuntura deve ser realizada associando a capacitação e atualização docente à revisão do PPC¹⁶.

Nesse contexto, é importante destacar que, entre outros elementos, o PPC deve atender as DCN, adotar metodologias que favoreçam a interdisciplinaridade, associar teoria e prática e incentivar a produção científica²², devendo ser interligado com as demandas sociais, e não somente com o mercado^{6, 22}.

Entendemos que em qualquer oportunidade é possível ao docente abordar não somente temas relacionados com a “reabilitação” conforme afirmado por vários docentes entrevistados, mas mostrar que a saúde coletiva pode ser tratada por todos os docentes, pois em todos os lugares de atuação podemos ver a interação entre os determinantes sociais e o estado de saúde da pessoa ou comunidade. A atuação da fisioterapia em saúde coletiva, portanto, deve ser mostrada por todos os docentes, e não somente por aqueles que lecionam saúde coletiva.

CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas docentes do curso de Fisioterapia da UEPA têm uma formação tecnicista e atuam em especialidades que têm mais relação com a reabilitação. Apesar de demonstrarem conhecer os conceitos de saúde e entenderem a importância e as limitações da inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva, não associam a saúde coletiva com as disciplinas que ministram, afastando suas práticas educacionais com a saúde coletiva, sendo preocupante esse afastamento para a formação dos futuros profissionais, uma vez que os egressos sairão da universidade mantendo o modelo hegemônico que tem persistido na saúde.

Referências

1. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 2015; 49(1): 129-135.
2. Who. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais em Saúde. [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 28 de setembro]. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/index.html>.
3. Simon RC. Desafio: concretização do direito à saúde pública no Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2015; Brasília, DF. (Direito à Saúde: Para Entender a Gestão do SUS).
4. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília: Diário Oficial Da União, 2002.
5. Dubai Filho AV, Rodrigues JE Ensino Superior em Fisioterapia no Brasil. *Fisioterapia Brasil*. 2010; 11(5): 377-380.
6. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e Saúde Coletiva: Desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl 1): 1627-1636.
7. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(supl.1): 205-218.
8. Novais BKLO, Brito GEG. Percepções sobre o trabalho do Fisioterapeuta na Atenção Básica. *Revista de Atenção Primária a Saúde*. 2011; 14(4): 424-434.
9. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012; 16(2): 113-122.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8º ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 31. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
12. Viana SBP. Competências dos Fisioterapeutas para Atenção Básica em Saúde da Família: Avaliação dos professores e egressos da Univali [Dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2005.
13. Kozelinski MFC. Políticas de Educação e Saúde: a formação e Atuação do Fisioterapeuta em Saúde Coletiva. [Dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2006.
14. Frazão P, Costa C. Características da produção científica de Fisioterapia relacionada à Saúde Coletiva. *Fisioterapia Brasil*. 2006; 7(2): 132-137.
15. Hayashida MZ, Jacinto SCG, Puccini RF, Lacaz FAC. Atenção Básica no SUS: publicações do campus São Paulo da Unifesp, 1994-2009. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(3): 300-307.
16. Rizzo EP, Cominote P, Colar V, Vieira HJA, Manhães RB. Intervenção da Fisioterapia na Comunidade de Araçás-Velha/ES: uma proposta de atuação junto ao Programa Saúde da família. *Fisioterapia Brasil*. 2008; 9(4): 247–252.
17. Bispo Júnior JP. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a Expansão do Ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde*. 2009; 16(3): 655-668.
18. Gasparetto A, Soares MCF. Aproximação com a Saúde Pública e a promoção de Saúde no exercício da Docência em Fisioterapia. *Fisioterapia Brasil*. 2010; 11(1): 115-121.
19. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO de 20 de maio de 2009. Diário Oficial, Brasília, DF, N.363, Seção I, P. 42, 16 jun. 2009.
20. Pivetta HMF. Concepções de formação/docência dos professores do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); 2006.
21. Costa JA. Formação Profissional do Fisioterapeuta e os desafios da docência. *Revista Movimenta*. 2010; 3(4): 195–202.
22. Souza MCA, Casotti E, Melo ACF; Goyatá FR, Souza TC, Albuquerque CJM. Interdisciplinaridade no Ensino Superior: de imagem-objetivo à realidade! *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(Supl 2): 158-163.

FISIOTERAPIA E SAÚDE COLETIVA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO BRASIL

PHYSICAL THERAPY AND COLLECTIVE HEALTH: A CRITICAL ANALYSIS
OF THE SCIENTIFIC PRODUCTION IN BRAZIL

Carolina Veras Pessoa da Silva

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Milena Maria Cordeiro de Almeida

Doutoranda em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, UFBA

Contato

Carolina Veras Pessoa da Silva
Rua Araújo Pinho, n 503, bloco A, apt. 802.
Bairro Canela, Salvador/BA
CEP: 40110150
E-mail: carolinapessoa15@gmail.com

RESUMO

Introdução: A sistematização crítica dos saberes e práticas da atuação da Fisioterapia na Saúde Coletiva (SC) pode contribuir para uma transformação da atuação profissional, extrapolando as práticas tradicionais de reabilitação e ampliando o interesse dos profissionais de Fisioterapia por esse campo.

Desenvolvimento: Revisão de literatura com o objetivo de realizar uma análise crítica da produção científica no Brasil sobre a Fisioterapia e a Saúde Coletiva. A busca foi realizada nas bases de dados Bireme, SciELO e Lilacs utilizando os descritores “Fisioterapia” and “Saúde Coletiva”, selecionando-se 14 publicações. Foram encontradas um maior número de publicações em 2011, com maior predomínio na região Sudeste e atuação na Atenção Básica. Os estudos foram discutidos nos seguintes eixos: 1) Formação para Saúde Coletiva ou Saúde Pública; 2)

Integralidade nas práticas da Fisioterapia e Saúde Coletiva; 3) Interdisciplinaridade nas práticas da Fisioterapia e Saúde Coletiva. **Considerações finais:** A produção científica da Fisioterapia na SC cresceu nos últimos anos, mas de forma incipiente comparada a outras áreas de atuação. Os estudos estão concentrados nas práticas assistenciais, sem extrapolar para uma reflexão crítica sobre os pressupostos do campo. Percebe-se uma dificuldade na realização de práticas integrais e interdisciplinares, devido à desarticulação da formação profissional com a prática em saúde, reafirmando a necessidade de aproximação da Fisioterapia a SC, para que os profissionais estejam capacitados para contribuir na construção de política públicas, no levantamento de dados epidemiológicos de saúde, na gestão de serviços de saúde e na articulação da saúde com as ciências sociais.

Palavras-chave: Fisioterapia; Saúde Coletiva; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: A critical systematization of knowledge and practices in the performance of Physical therapy in Public Health (SC) may contribute to a transformation of professional action, extrapolating the traditional rehabilitation practices and broadening the interests of physical therapy professionals in this field.

Development: Literature review in order to carry out a critical analysis of the scientific production in Brazil on the Physical therapy and Public Health. The search was conducted in the Bireme, Lilacs and SciELO databases using the descriptors "Physical Therapy" and "Public Health", having selected 14 publications. A greater number of publications were found in 2011, with highest prevalence in the Southeast and performance in Primary Care. The studies were discussed in the following areas: 1) Training for Collective or Public Health;

2) Integrality in Physical therapy and Public Health practices; 3) Interdisciplinarity in Physiotherapy and Public Health practices of Physiotherapy and Public Health. **Final Thoughts:** The scientific production of Physical therapy in SC has grown in recent years, but in an incipient way compared to other areas. The studies are focused on care practices, without extrapolating to a critical reflection on the assumptions of the field. We note a difficulty in achieving comprehensive and interdisciplinary practices due to the disarticulation of professional training with practice in health, reaffirming the need for approximation of Physical therapy to SC, so that professionals are able to contribute to construction of public policies, in the survey of epidemiological health data, in health care management and in the integration of health with the social sciences.

Keywords: Physical Therapy Specialty; Public Health; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O avanço da Fisioterapia no Brasil tem sido marcado pela expansão do objeto de intervenção e do campo de atuação. Ao longo dos anos, ampliou-se sua atuação reabilitadora centrada no restabelecimento da capacidade física de indivíduos após a ocorrência de doenças e obteve reconhecimento social e profissional na área da saúde. O desenvolvimento da profissão aconteceu predominantemente com foco na atenção individual e reabilitadora, apresentando uma baixa mobilização dos profissionais para uma atuação coletiva e orientada pela Promoção à Saúde¹.

As transformações políticas, ideológicas e organizativas que aconteceram no setor saúde foram acompanhadas tardiamente pela profissão. A Fisioterapia, enquanto categoria organizada, não participou de forma expressiva do processo de Reforma Sanitária nos anos 1970, ao contrário das outras profissões de saúde, iniciando essas discussões nas entidades representativas apenas a partir dos anos 2000, ainda assim, marcada por grandes interesses mercadológicos¹.

Podemos destacar a publicação tardia, mas não menos importante, da Resolução Coffito 363/2009 que reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade profissional do fisioterapeuta, estabelecendo que ela pode ser exercida por meio de ações básicas de saúde, na fisioterapia do trabalho, em programas institucionais e na vigilância sanitária².

A atuação do fisioterapeuta na Saúde Coletiva (SC) está em processo de construção, com um avanço no que se refere à regulamentação desta no Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto ainda

se faz necessário um debate crítico a respeito das práticas profissionais e dos marcos teóricos e conceituais que embasam essa atuação. A incorporação das ações de prevenção e promoção da saúde e o exercício de uma nova lógica de organização dos modelos assistenciais são alguns efeitos dessas mudanças na Fisioterapia³. A perspectiva da SC na Fisioterapia surge como alternativa a esses novos desafios e necessidades para reorientação do foco de atenção e da prática profissional³.

A promoção da sistematização e reflexão crítica sobre os saberes e práticas na SC, em um contexto de poucas publicações científicas, poderia contribuir para uma reflexão e transformação da atuação do fisioterapeuta, extrapolando as práticas tradicionais de reabilitação e ampliando o interesse e engajamento dos profissionais de Fisioterapia por esse campo de prática. Esse estudo, portanto, teve por objetivo realizar o levantamento e análise crítica das publicações científicas da Fisioterapia no campo da SC no Brasil.

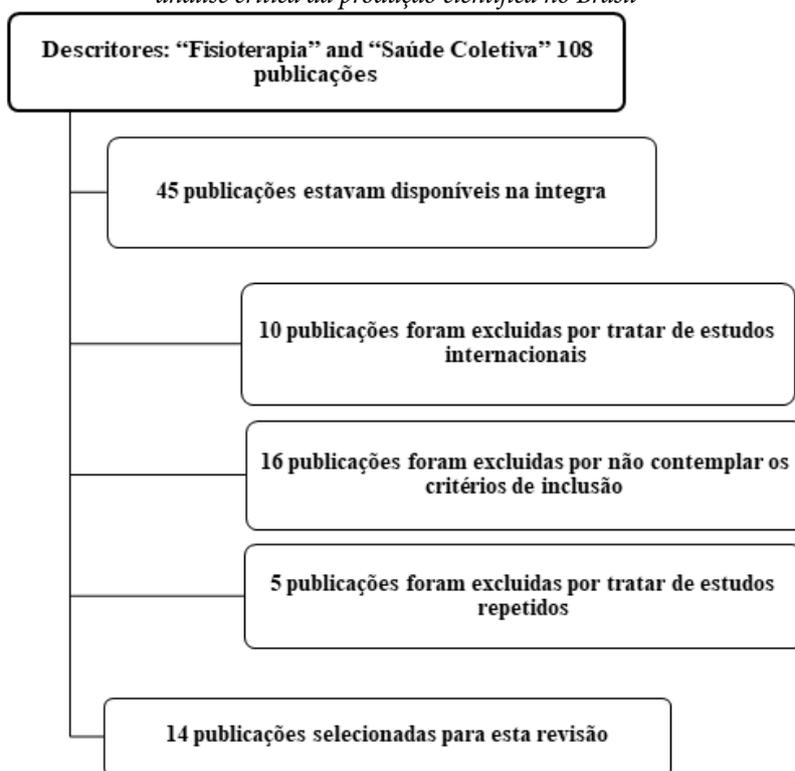
METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura, a partir do qual foram realizadas buscas nas bases de dados Bireme, SciELO e Lilacs com os descritores "Fisioterapia" e "Saúde Coletiva" entre junho de 2015 e fevereiro de 2016, com o descritor booleano "and". A escolha de apenas dois descritores justifica-se por uma opção metodológica que teve por objetivo analisar a identidade das publicações que relacionam a Fisioterapia com a SC a fim de entender como se dá a identificação da profissão com esse campo da saúde.

Os critérios de inclusão foram artigos nacionais que relacionassem a Fisioterapia à SC e que estivessem disponíveis na íntegra. Excluíram-se os estudos que não discutiam pelo menos um dos pressupostos do campo: conceito ampliado de saúde, ações de saúde como prática social, a determinação social das doenças e atuação interdisciplinar⁴. A inclusão apenas de artigos nacionais justifica-se pela escolha de estudar a articulação da fisioterapia no contexto da Saúde Coletiva brasileira, com suas especificidades⁵.

Na primeira busca estratégica com os descritores “Fisioterapia” e “Saúde Coletiva”, encontraram-se 108 publicações, porém apenas 45 estavam disponíveis na íntegra. Dessas 45 publicações, 27 foram excluídas: 10 eram estudos com experiências internacionais, 16 não tratavam do tema abordado neste estudo e 5 eram artigos repetidos, restando 14 artigos selecionados para esta revisão (Figura 1). Não foi delimitado o período de publicação durante a busca, ou seja, todas as publicações foram incluídas independentemente do período de publicação.

FIGURA 1. Fluxo de seleção de artigos na revisão narrativa sobre Fisioterapia e Saúde Coletiva: análise crítica da produção científica no Brasil



Os artigos foram caracterizados quanto ao nível de atenção à saúde, revista e região de publicação e analisados quanto ao conteúdo, sendo definidos três eixos centrais para análise crítica do conteúdo: 1) Formação para Saúde Coletiva ou Saúde Pública; 2) Integralidade nas práticas da Fisioterapia e Saúde Coletiva; 3) Interdisciplinaridade nas práticas da Fisioterapia e Saúde Coletiva. A escolha dos eixos foi definida por

meio da leitura dos artigos e identificação do tema central em cada estudo. Os artigos foram divididos em alguns conteúdos de forma mutuamente excludente, em que cada artigo selecionado foi discutido em apenas um tópico da discussão. É importante ressaltar que a inclusão dos artigos em suas respectivas categorias foi realizada considerando a ênfase no tema correspondente, e não sua abordagem exclusiva naquele tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização preliminar das 14 publicações selecionadas demonstrou que a maioria se referia à Atenção Básica e atenção integral à saúde, concentradas em revistas de Saúde Coletiva, de origem da região Sudeste, com maior concentração das publicações no ano de 2011 (Tabela 1).

TABELA 1. Apresentação dos artigos selecionados por ano e revista de publicação, autor, título e nível de atenção

Revista/ Local/Ano	Autores	Título	Nível de atenção
IFF/Fiocruz 2005	Ungier R.	Interações biomecânicas entre a organização postural global e a respiração: um olhar ampliado sobre a fisioterapia dirigida a crianças com doença respiratória	Média complexidade
Rev. APS 2007	Custódio et al.	Contribuições da fisioterapia para a promoção de saúde do cuidador informal	Atenção Básica
Revista Saúde e Sociedade 2008	Salmória JG, Camargo WA.	Uma Aproximação dos Signos - Fisioterapia e Saúde - aos Aspectos Humanos e Sociais	Atenção Integral
Revista Fisioterapia e Movimento 2010	Barbosa et al.	Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG	Atenção Básica
Revista Ciência & Saúde Coletiva 2010	Bispo-Júnior JP.	Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais	Atenção Integral
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009	Araújo JCS.	Inserção da fisioterapia na atenção básica: um caminho necessário a percorrer em saúde pública	Atenção Básica
Revista Ciência e Saúde Coletiva 2011	Naves CR, Brick VS.	Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública	Atenção Básica
Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2011	Faria L, Santos LAC.	As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar	Atenção Integral
Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2011	Neves LMT, Aciole GG	Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família	Atenção Básica
Revista Trabalho Educação e Saúde 2012	Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS	O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes	Atenção Integral
Revista brasileira promoção e saúde 2012	Rodrigues et al.	Conhecimento e interesse em saúde pública: opiniões dos alunos de graduação em fisioterapia	Atenção Integral
Revista Fisioterapia e Pesquisa 2013	Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM.	Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde	Atenção Básica
Revista baiana de saúde pública 2013	Medeiros DKS, Neves RF.	Análise crítica das práticas na atenção primária à saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia	Atenção Básica
Revista Fisioterapia e Pesquisa 2014	Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF.	Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia	Atenção Integral

a) Formação para Saúde Coletiva ou Saúde Pública

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) apresentam como resultado de busca o termo SC como sinônimo de Saúde Pública (SP). Essa semelhança semântica pode ser encontrada na maioria dos estudos levantados por esta revisão. A SC pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltado para a compreensão da saúde e para a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas sobretudo os grupos sociais^{6,7}.

Os autores da SC apresentam este campo como uma ampliação da atuação da SP, necessária para uma melhor compreensão da situação de saúde dos indivíduos e coletividades, para além da proposição de práticas intervencionistas do Estado, ou representantes desse nos serviços de saúde. Assim, a SC avançaria na contribuição da compreensão da saúde em seu conceito ampliado, não se limitando a um campo focado na ocorrência da doença. A intervenção em doenças é marcante nas discussões da SP, tal fato pode ser observado por Winslow⁸ na origem do seu conceito:

A Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal [...].

Apesar das publicações selecionadas na presente revisão não avançarem na discussão das diferenças de conceitos, todas parecem discutir a SP ou SC como campo de práticas, e, a maioria, como práticas na Atenção Básica à Saúde (ABS). Talvez este fato esteja relacionado com a recente instituição da presença do fisioterapeuta como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁹, o que influenciou diretamente a inclusão de conteúdos de ABS nas grades curriculares das graduações de fisioterapia.

Além da confusão semântica da SC com a SP, a maioria dos estudos selecionados nesta revisão relaciona a atuação no SUS a uma articulação da Fisioterapia com a SC, porém a prestação da assistência em um serviço público de saúde não necessariamente significa alguma aproximação com saberes e práticas da SC. Afinal, o profissional de saúde pode

ter inserção no SUS e não necessariamente seguir os pressupostos da SC, ou mesmo exercer suas práticas em um serviço privado de saúde baseado nos conceitos da SC. A aproximação da Fisioterapia com o campo da SC não deveria se expressar apenas por meio da atenção assistencial em saúde, podendo extrapolar e transitar por outras áreas da atenção à saúde. A SC apresenta disciplinas básicas, como: a epidemiologia, o planejamento e administração de saúde e as ciências sociais em saúde, fundamentando um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial¹⁰.

Os estudos estabelecem uma relação direta dos termos SP e/ou SC com a ABS, restringindo a atuação a este nível de atenção e considerando que essa inserção do fisioterapeuta representa uma das perspectivas da aproximação da Fisioterapia e SC. Esse fato é pontuado por Gonçalves, Carvalho e Trelha¹¹ por intermédio da análise do discurso dos estudantes que utilizam os termos como sinônimos e poucos conseguem relacionar a SC à atenção ambulatorial e/ou hospitalar¹¹. A atuação como trabalhador de saúde na ABS não necessariamente indica uma atuação sobre os pressupostos da SC, podendo representar uma reprodução da perspectiva do modelo hospitalocêntrico/curativista na oferta de acesso aos serviços de saúde, direcionando a atenção prioritariamente às doenças.

Gonçalves, Carvalho e Trelha¹¹ também identificam que as atividades em grupos realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) são dirigidas geralmente a indivíduos com uma doença instalada, como grupos de pessoas com hipertensão, diabetes e lombalgias¹¹. Os estudos de Naves e Brick¹² e Bispo Júnior³ ampliam a perspectiva da fisioterapia na SC por meio da atuação na participação em Programas Institucionais, Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária, para além das ações básicas de saúde, o que difere dos estudos de Rodrigues et al.¹³ e Seriano, Muniz e Carvalho¹⁴, em que a SC se expressa apenas por meio do relato da atuação do fisioterapeuta da ABS, voltados para atuação preventiva.

Nos estudos de Naves e Brick¹² e Rodrigues et al.¹³, os estudantes consideram o próprio conhecimento relacionado com a SP limitado. Esse resultado diverge do estudo de Seriano, Muniz e Carvalho¹⁴, no qual os estudantes referem ter recebido informações teóricas suficientes sobre o SUS. Sobre os estágios curriculares obrigatórios voltados para ABS, os estudos de Rodrigues et al.¹³ e Seriano, Muniz e Carvalho¹⁴ identificam que estes estão concentrados geralmente no último semestre, enquanto os estágios hospitalares possuem carga horária mais elevada e se iniciam nos semestres anteriores, influenciando diretamente na preparação e interesse de atuação dos acadêmicos.

Os alunos dos semestres iniciais referem pouco interesse no estudo da SP, enquanto os acadêmicos do último semestre relatam ter bastante interesse, referindo uma preocupação com o mercado de trabalho¹³. A maioria dos estudantes entrevistados expressa a possibilidade de atuação tanto no setor público quanto no privado em suas vidas profissionais¹⁴. Esse resultado poderia ser justificado por essa preocupação com a inserção no mercado de trabalho, e não necessariamente com o interesse de atuar no SUS por identificação com o projeto de saúde da Reforma Sanitária.

A formação voltada para a SP visa a um foco para uma atuação no sistema de saúde vigente, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS¹⁵ garantindo a formação preconizada pelas DCN nos diversos níveis de atenção¹⁶, sem compreender a SP como mais uma área de especialização e qualificação do fisioterapeuta¹². Salmoria e Camargo¹⁷ e Gonçalves, Carvalho e Trelha¹¹ destacam que a articulação da Fisioterapia com as ciências sociais permite um olhar histórico-humano-social sobre as ações de saúde e da prevenção de doenças, podendo ser abordada conjuntamente com outros conteúdos específicos da profissão^{11,17}, garantindo a formação generalista preconizada pelas DCN nos diversos níveis da atenção¹⁶.

Independentemente das escolhas no uso das terminologias de SC ou SP, reconhecidas as semelhanças ou diferenças, ambas perspectivas colaboraram para a elaboração das DCN do curso de Fisioterapia. Ambas indicam que o egresso/profissional deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade de atuar em todos os níveis de atenção e em equipe multiprofissional, inter e transdisciplinar, integrando-se em programas de promoção, prevenção, proteção, reconhecendo a saúde como direito, e garantindo a integralidade da assistência¹⁶. Essas competências se aproximam dos valores pressupostos no campo da SC e do sistema de saúde vigente no país, o SUS.

b) Integralidade nas práticas da Fisioterapia e Saúde Coletiva

A integralidade é considerada como um dos conceitos mais caros às novas propostas em SC, e este princípio se aproxima da valorização das subjetividades e singularidades de cada paciente e se distancia do paradigma biomédico mecanicista e reducionista¹⁸. Almeida, Martins e Escalda¹⁹ concordam com essa percepção quando detectam por meio da percepção dos estudantes a integralidade como atributo da prática do fisioterapeuta, indicando que a

abordagem deve ultrapassar o reducionismo do cuidado biomédico.

Os resultados obtidos por Ungier¹⁸ apontam para a relevância da construção de um modelo ampliado de fisioterapia, que vise à problematização do papel do profissional no âmbito da SC e lance luz sobre sua responsabilidade, não apenas quanto ao objeto de estudo dela, que neste caso é a melhora do quadro pulmonar no tratamento de crianças com doença respiratória, mas no que diz respeito à promoção da autonomia e da qualidade de vida do paciente. Ungier¹⁸ baseia seu trabalho em conceitos que dialogam com uma proposta integrada de saúde, descartando o aspecto fragmentário do modelo biomédico tradicional e dando valor a totalidade do indivíduo no que diz respeito a não divisão do corpo em partes isoladas e finaliza seu trabalho afirmando que a “nova Saúde Pública” carece de uma concepção de “nova fisioterapia”, em que a parte não esteja fora do todo, em que corpo, vivências e história sejam contemplados de forma integral, e que cada paciente seja único.

Medeiros e Neves²⁰ identificam, por meio do discurso de acadêmicos a respeito do estágio em SC, uma compreensão da integralidade como resposta à complexidade, em que os casos de mais fácil resolução não recebem uma abordagem ampliada. Bem como a integralidade sendo usada como jargão, remetendo ao conceito ampliado de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que muitas vezes engessa a prática profissional devido à perspectiva utópica de saúde. Os estudantes de fisioterapia compreendem a importância da integralidade, mas nem sempre conseguem conciliá-la com a prática, identificando também que apenas a conduta da fisioterapia é insuficiente ante as demandas que surgem como: limitações na estrutura domiciliar de atendimento, barreiras geográficas, demandas de ordem socioeconômica e das relações de cuidado envolvendo a família, além do insuficiente suporte técnico assistencial de trabalhadores em saúde no território²⁰.

Essa constatação aponta para a necessidade de os currículos acadêmicos promoverem uma reformulação, como citado por Almeida, Martins e Escalda¹⁹, quando os autores pontuam limitações devido à desarticulação da teoria e prática, resultando em tentativas isoladas de abordagem integral na formação, e afirmam existir uma dificuldade de incorporação da integralidade como uma temática transversal a todas disciplinas em diferentes áreas do conhecimento, assim como nas atividades práticas, estágios e projetos de pesquisa, extensão¹⁹.

Araújo²¹ discute em seu trabalho a importância e a qualificação do atendimento em saúde, sob a ótica da integralidade, considerando esse princípio

um dos norteadores para a inclusão do profissional na ABS²¹, além de ser uma diretriz do SUS, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde²².

Existe um consenso, nos estudos revisados, quanto à importância da incorporação da integralidade na prática fisioterapêutica para realização de um trabalho mais eficaz, assim como um consenso quanto ao distanciamento desse princípio da prática profissional decorrente de uma formação focada em especialidades, que não promove a interdisciplinaridade e fragmenta o ensino, resultando na falta de capacitação de profissionais capazes de desenvolver um olhar crítico, humano e integral sobre o processo do cuidado.

Medeiros e Neves²⁰ problematizam a organização dos conteúdos curriculares de fisioterapia ao afirmar que o discurso escrito no projeto político muitas vezes se apresenta distante de uma prática baseada nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde. As autoras apontam que a valorização apenas do conhecimento biológico é um grande desafio à integralidade, pois o profissional não se torna apto a identificar os determinantes sociais em saúde, deixando de contribuir para o processo de autonomia e participação social dos usuários. Segundo as autoras, a universidade é um espaço de contradição que consolida e perpetua as desigualdades sociais, mas apontando que nela também se encontra um movimento contra a ordem que repensa a produção desses conhecimentos gerados e tenta aproximá-los das classes populares²⁰.

Faz-se necessário, portanto, disputar os espaços da universidade, seja no ensino, pesquisa e extensão, para contribuir para o processo de reformulação dos conteúdos curriculares em saúde e dos conhecimentos ali produzidos, aproximando-os das necessidades reais da população, dos princípios e diretrizes do SUS e contribuindo para formação de novos profissionais em saúde que exerçam e lutem por práticas mais integrais e articuladas com os pressupostos da SC.

c) Interdisciplinaridade nas práticas da Fisioterapia e Saúde Coletiva

As publicações que referem práticas interdisciplinares localizam suas práticas na ABS, isso porque esse parece ser lócus privilegiado pelas características das suas ferramentas de gestão do trabalho, como a equipe de referência e apoio matricial²³.

A interdisciplinaridade se apresenta como um grande desafio para prática em saúde e pontua que a participação dos estudantes nas ações básicas de saúde contribui para a formação de um profissional generalista capaz de compreender a relação da integralidade em saúde e realizar uma prática direcionada para as demandas da comunidade. Apesar desse reconhecimento, as possibilidades de práticas interdisciplinares são raras durante a formação nos cursos de graduação em saúde, uma vez que esses possuem currículos fechados e com grande número de disciplinas obrigatórias, impossibilitando que os estudantes compartilhem matérias teóricas comuns e práticas integradas²⁴.

O processo de trabalho do fisioterapeuta na ABS deve suprir a demanda da comunidade, reduzindo danos e agravos, com uma prática integral que perpassa o acolhimento, atendimento individual na unidade, atendimento domiciliar, grupos operativos e atividades educativas em equipe. Alguns problemas são apontados como dificuldades, como a falta integração do NASF com as equipes das ESF, a formação clínica e práticas isoladas comprometendo a atenção integral à comunidade. Essa desarticulação do NASF com as equipes da ESF reforça a importância do trabalho interdisciplinar na ABS e a importância de experiências interdisciplinares aconteçam desde o processo de formação dos profissionais de saúde. O maior desafio para as práticas de SC é uma formação profissional que não seja baseada apenas em especialidades, para que a profissão se adapte às propostas do SUS e consiga realizar um trabalho de fato interdisciplinar²⁵.

Neves e Aciole²⁶ realizam uma revisão de literatura para entender a demanda de atuação do fisioterapeuta na SC, com ênfase na ESF, analisando a definição do papel e campo de trabalho do fisioterapeuta. Uma das dificuldades referidas se deve ao fato de suas atribuições serem desconhecidas pelos gestores e profissionais da equipe, como também a visão interdisciplinar da saúde estar em processo de construção nas atividades dos profissionais. Outra dificuldade encontrada seria a indeterminação do papel do fisioterapeuta dentro de uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, ou seja, uma falta de clareza sobre o objeto de trabalho da fisioterapia²⁶.

Essa indefinição em relação à atuação do fisioterapeuta também se deve a outros fatores, como: desarticulação da formação acadêmica e prática profissional, afastamento da categoria aos conceitos da SP e da SC e preservação do paradigma reabilitador do fisioterapeuta. Outra questão apresentada é o reconhecimento do fisioterapeuta na ESF apenas em sua função reabilitadora, que dificulta uma atuação profissional que extrapole outros horizontes de intervenção, por exemplo, na promoção e prevenção, devido também a uma demanda assistencial reprimida pelo sistema de saúde.

Faria e Santos²⁷ realizam uma análise crítica do cuidar sobre a perspectiva da atuação da fisioterapia e da enfermagem, com destaque ao desafio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na formação de novos profissionais de saúde, assim como em suas práticas, buscando a humanização do cuidado de forma integrada. Segundo as autoras, o cuidado não pode ser visto como uma menor atividade nem ser visto apenas como o cuidado da doença, e, sim, do sujeito que ali se apresenta composto de diversas complexidades e determinantes. O estudo ressalta que a aplicação de técnicas não é suficiente se o fisioterapeuta não atuar em articulação com os demais profissionais de saúde, em um trabalho interdisciplinar. As autoras referem a oportunidade para que os fisioterapeutas reflitam sobre o desafio do redirecionamento de suas práticas, compreendendo sua dimensão social, exercitando o trabalho interdisciplinar com a equipe de saúde e capacitando-se como um profissional de saúde de fato, não apenas um profissional da reabilitação que atua de forma segmentada²⁷.

CONCLUSÃO

Observou-se, com o presente estudo, que a produção científica da Fisioterapia na Saúde Coletiva cresceu nos últimos dez anos, apresentando maior concentração no ano de 2011, provavelmente devido à regulamentação da profissão na Atenção Básica, mas ainda representando uma produção incipiente no que se refere às demais produções científicas na Fisioterapia. A maior parte dos estudos explora as práticas assistenciais, sem extrapolar para uma reflexão crítica sobre os pressupostos e características da atuação no campo da Saúde Coletiva que perpassa a assistência em saúde.

Pode-se perceber que existe uma dificuldade do profissional fisioterapeuta em realizar práticas integrais e interdisciplinares dentro dos serviços devido a uma desarticulação da formação profissional com a prática em saúde. Isso reafirma o grande desafio de aproximar o profissional fisioterapeuta do campo da SC, para que isso reverbere não somente na sua prática assistencial, mas também para que esses profissionais estejam capacitados para contribuir para a construção de políticas públicas, para o levantamento de dados epidemiológicos de saúde, para a gestão de serviços de saúde e para a articulação da saúde com as ciências sociais, enfim, com uma contribuição para a atenção integral à saúde.

Referências

1. Bispo-Júnior JP. *Fisioterapia e Saúde Coletiva – reflexões, fundamentos e desafios*. 1 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
2. Coffito. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução n.º 363, de 20 de maio de 2009. Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jun. 2009*.
3. Bispo-Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010. 15(1): 1627-1636.
4. Paim JS, Almeida-filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998. 32(4): 299-316.
5. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva. In: Paim, JS, Almeida-filho N (Org.). *Saúde coletiva: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 3.
6. Paim JS. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. *Rev. Ensino da Saúde pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. 1982; 1:3-19.
7. Donnangelo MCF. A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70. In: ABRASCO. *Rev. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. 1983; 2:17-35.
8. Winslow CEA. The Untilled fields of public health. *Sciense*. 1920; 51: p.23.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008*.
10. Paim JS, Almeida-Filho N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
11. Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. *Trab. educ. saúde*. 2012; 10(2): 301-314.
12. Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2011; 16(1): 1525-1534.
13. Rodrigues JE, Gomes CAF, Filho AVD, Nascimento MV, De Souza JCC, Pontes-Barros JF. Conhecimento e interesse em saúde pública: opiniões dos alunos de graduação em fisioterapia. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(1): 59-64.
14. Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter. Pesqui*. 2013; 20(3): 250-255.
15. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 884-899.
16. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de março 2002*.
17. Salmória JG, Camargo WA. Uma Aproximação dos Signos - Fisioterapia e Saúde - aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saúde Soc*. 2008; 17(1): 73-84.
18. Ungier R. Interações biomecânicas entre a organização postural global e a respiração: um olhar ampliado sobre a fisioterapia dirigida a crianças com doença respiratória [dissertação]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 2005.
19. Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Fisioter. Pesqui*. 2014; 21(3): 271-278.
20. Medeiros DKS, Neves RF. Análise crítica das práticas na atenção primária à saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2013; 37(1):87-105.
21. Araújo JCS. Inserção da fisioterapia na atenção básica: um caminho necessário a percorrer em saúde pública [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
22. Brasil. Lei nº 8.080, 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990*.
23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.
24. Custódio LC, Oliveira BWA, Machado Neto CD, Moraes FAP, Moura RAA. Contribuições da fisioterapia para a promoção de saúde do cuidador informal. *Rev. APS*. 2007; 10(1): 81-83.
25. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov*. 2010; 23(2): 323-330.
26. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. 2011; 15(37): 551-64.
27. Faria L, Santos LAC. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. 2011; 18(1): 227-240.

PROJETO PROFISSIONAL E DIRETRIZES CURRICULARES DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: PERSPECTIVAS POLÍTICO-PEDAGÓGICAS

SOCIAL SERVICES IN BRAZIL: PROFESSIONAL PROJECT AND SYLLABUSES. POLITICAL AND PEDAGOGICAL PERSPECTIVES

Cleusa Santos

Pós-Doutora em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro

Contato

Cleusa Santos
E-mail: cleusasantos@uol.com.br

Sandra de Faria

Pós-Doutora em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de Goiás

RESUMO

Este texto analisa as diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social no Brasil. Ressalta o desenvolvimento histórico-social das diretrizes curriculares, evidenciando o caráter político da profissão. Em relação a essa dimensão, a formação profissional vincula-se ao projeto coletivo da profissão.

Palavras-chave: Supervisão; Formação profissional; Dimensão política; Diretrizes curriculares.

ABSTRACT

The present text analyses the syllabuses of the social services courses in Brazil. It highlights the historical and social development of the syllabuses and their political aspect. It shows how this is linked to the professional training of the social workers.

Keywords: Supervision; Professional training; Political aspects; Syllabuses.

INTRODUÇÃO

Prólogo à dimensão coletiva do projeto profissional

A problemática da gênese e do desenvolvimento do Serviço Social brasileiro está intimamente ligada à sua própria legitimidade social. Sua história registra que, nas décadas posteriores a 1979, na busca dessa legitimidade, segmentos da categoria empenharam-se na procura da construção de um projeto profissional, na explicação dos seus nexos por meio da produção do conhecimento acadêmico e na redefinição de uma agenda socioprofissional.

Nessa direção, Yamamoto¹ ressalta que a ruptura com a herança conservadora requer a interação entre o aprofundamento teórico rigoroso e a prática renovada, politicamente definida – elemento decisivo para superar as contrafações ideológicas incorporadas pela profissão em sua evolução histórica: o voluntarismo, a prática rotineira e burocratizada, as tendências empiricistas, o alheamento central do modo de vida do povo, o desconhecimento do saber popular etc.

Afirma ainda que entendida em uma dimensão processual, essa ruptura tem como pré-requisito que o assistente social aprofunde a compreensão das implicações políticas de sua prática profissional, reconhecendo-a como polarizada pela luta de classes. Em outros termos, o profissional é mobilizado na implementação de políticas sociais que trazem no seu bojo interesses divergentes e antagônicos que o exercício profissional, contraditoriamente, reproduz, já que tende a ser cooptado por uma das forças em confronto. Essa compreensão é básica para tornar possível que o assistente social faça uma opção teórico-prática por um projeto coletivo de sociedade e supere as ilusões de um fazer profissional que “paire acima da história. Isso implica, por sua vez, o enriquecimento do instrumental científico de análise da realidade social e o acompanhamento atento da dinâmica conjuntural” conforme analisa Iamamoto¹.

As análises de Netto^{2,3,4,5} compreendem de forma madura a consolidação da vertente de ruptura com o conservadorismo e sua importância para a renovação teórico-cultural da profissão. Segundo o autor, na década de 1980, consolidou-se, no plano ideopolítico, a ruptura com o histórico conservadorismo do Serviço Social. Ao que se acrescenta que, passadas as últimas décadas, a maioria do Serviço Social ganhou maior densidade, volume e complexidade nas ramificações e tendências de sua elaboração teórica. Além disso, a vertente de ruptura com o conservadorismo tem-se afirmado como uma linha de força manifesta no contexto da renovação do Serviço Social brasileiro, ao confluir a influência da tradição marxista e a direção social estratégica do projeto profissional ético-político.

Conforme Netto⁶, nas condições contemporâneas, uma categoria profissional jamais é um bloco identitário ou homogêneo – é, sempre, sob todos os prismas, um conjunto diferenciado e em movimento. Uma direção consolidada é aquela que, sintonizada com as tendências sócio-históricas mais significativas, circunscreve o espaço de enfrentamento das diferenças em função de objetivos que se fazem reconhecidos como legítimos e pertinentes; nessa ótica, aliás, é apenas em face de uma direção determinada que as diferenças profissionais adquirem sentido.

Posto isso, compreende-se que a direção social dimanada do projeto ético-político profissional adquire inteligibilidade se pensada quanto aos compromissos e vínculos da categoria com os movimentos políticos, civis e sociais, para além daqueles derivados dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Nessa perspectiva, ganham relevo as produções sobre o Serviço Social pensado nos marcos do contexto latino-americano do pós-1970 e seus antecedentes. As dimensões substantivas dessa trajetória são fundamentais para melhor captar as mediações profissionais e sociais que, desde o Movimento de Reconceituação Latino-Americano (1965-1975), demarcam o processo de renovação do Serviço Social brasileiro.

Desse contexto, são extraídas as reflexões sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, de 1996, defendidas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) para a formação profissional, com base também em investigações sobre a trajetória do Serviço Social no Brasil, suas particularidades e implicações, priorizando a perspectiva histórica e as lentes teórico-metodológicas da tradição marxiana. Nessa direção, procura-se resgatar as principais contribuições e prioridades do debate sobre a formação (na sua dimensão pedagógica, socioeducativa e técnico-operativa) para vincular a relação dos instrumentos da ciência – como é o caso da pesquisa – ao processo de formação profissional.

TRAJETÓRIA SOCIOPROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E INTENÇÃO DE RUPTURA

Na sociedade capitalista moderna, o pensamento social conservador, fundado no cientificismo positivista, direcionou o desenvolvimento do sistema de ensino superior, ligando as especializações, as profissões e a produção de conhecimento às relações sociais particulares e a uma função social imediata. Com domínio amplo e sólido nas Ciências Sociais e Humanas, o pensamento social conservador, como demonstra Escorsim Netto⁷, influenciou e influenciou na organização acadêmica e científica do conhecimento produzido nas várias áreas de especialização.

Segundo essa tradição teórica, o que funda uma profissão não são as relações de produção e reprodução da vida social, mas a função social e o estatuto profissional, resultantes de um saber científico e prático, de um ideal de competência fundado na formação/especialização. Sob esse enfoque, as disciplinas, as instituições profissionais e a ideologia do profissionalismo surgem como respostas às necessidades sociais/individuais, contribuindo para a regulação e o controle social.

Uma profissão significa, idealmente, realização pessoal, reserva e monopólio de mercado de trabalho para a realização de atividades, emprego estável e elevado reconhecimento. Uma profissão é a expressão de valores de ordem ética, com configurações morais e/ou culturais. Assim, na ótica funcionalista, o que caracteriza e explica uma profissão é uma estrutura modelar que privilegia a relação profissional – cliente, tendo em vista promovê-la, reconhecê-la e regulamentá-la.

No nível analítico, o significado mais profundo do pensamento conservador passa por uma construção lógica e ideal do fenômeno das profissões e, embora sinalize que é necessário não confundir tendências efêmeras, de curto prazo, com tendências

de longo prazo, e mudanças cíclicas com mudanças progressivas e lineares, estrutura os seus argumentos sob a ótica da profissão como ocupação estável e organizada, campo de competências e monopólio de especialidades, alicerçando, a partir da formalização de controles profissionais e de órgãos disciplinadores, uma ideologia do profissionalismo, que formaliza os conflitos e as contradições em uma ética da competência.

A partir da crítica a essa compreensão e suas ramificações na sociologia das profissões, formulou-se uma abordagem sócio-histórica ao papel conservador desempenhado pelo Serviço Social, que legitimava o Estado burguês e elidia a luta de classes, destacando, no processo de renovação da profissão, os vetores, as tendências e as linhas de forças que conduziram à inserção da categoria no movimento vivo da sociedade brasileira, nas lutas ideológicas.

A vertente que perspectivou romper com o conservadorismo, como uma das tendências que se afirmaram no âmbito da categoria, adotou por direção a articulação dos interesses corporativos com a defesa das reivindicações, interesses e necessidades sociais da classe trabalhadora. Do ponto de vista do debate profissional, formula uma abordagem crítica ao tratamento linear, focalista e a-histórico das profissões. Foram abordagens de diferentes autores, que desmistificam a ênfase atribuída à fixação rígida das especializações do saber e as promessas de prestígio e “status” intelectual.

Essa abordagem, ao enfatizar as relações societárias capitalistas, ampliou, em um primeiro momento, as análises sobre o contexto em que se inseria o processo de profissionalização do Serviço Social, e em sua esteira, abriu condições para erodir a base do conservadorismo na profissão e desencadear o processo que visou à instauração de novos padrões intelectuais e profissionais no Serviço Social brasileiro.

Na perspectiva de teoria social de Marx, não é possível prescindir da história e construir, abstratamente, as categorias analíticas sem estabelecer a sua condição determinante, a sua particularidade e o seu conteúdo heurístico, premissas que indicam os caminhos para que se compreendam as determinações e as determinidades produzidas social e historicamente.

Marx⁸ demonstrou como a fixação imediata de uma direção é decisiva para toda ciência histórica e social em geral, e não apenas para a economia política: em toda ciência histórica e social em geral, é preciso ter sempre em conta, a propósito do curso das categorias econômicas, que o sujeito, neste caso a sociedade burguesa moderna, está dado tanto na realidade efetiva como no cérebro; que as

categorias exprimem, portanto, formas de modos de ser, determinações de existência, frequentemente aspectos isolados dessa sociedade determinada, desse sujeito, e que, por conseguinte, essa sociedade de maneira nenhuma se inicia, inclusive do ponto de vista científico, somente a partir do momento em que se trata dela como tal.

O estudo do fenômeno da origem, organização, legalização e legitimação das profissões relaciona-se, geneticamente, ao princípio fundamental da divisão social e hierárquica do trabalho que, no capitalismo, predominou de forma sistemática e generalizada. E se é impossível dar o correto tratamento a essa questão de forma breve, vale, no entanto, observar que, sem dúvida, os problemas do processo de trabalho estão implicados à totalidade das relações de produção que formam a estrutura econômica da sociedade capitalista, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência, nos termos de Marx⁸.

No entanto, Marx não negligencia o caráter natural da existência humana, o metabolismo entre o homem e a natureza, para apreender a transformação peculiar que o modo de produção capitalista opera no processo de trabalho. Antes, investiga o sistema de metabolismo social do capital, como processo de produção capitalista, orientado para a expansão e compelido para a acumulação, analisa Mészáros, apud Antunes⁹.

Enuncia a subordinação do trabalho ao capital, da produção de coisas úteis e de valores de uso ao comando do valor de troca, conduzido por um sistema de acumulação, de valorização, reprodução e ampliação do circuito produtivo capitalista. Os enfoques teóricos que ignoram o processo de trabalho capitalista como um processo de acumulação e valorização do capital tendem a considerar a divisão social do trabalho como expressão da divisão técnica, da especialização moderna entre ramos, ofícios, ocupações e profissões, com apreciações especulativas quanto ao seu valor e suas formas.

Nesse nível de abstração, evidentemente, nada se pode saber sobre a divisão do trabalho, exceto a trivial e apologética conclusão de que, sendo "universal", cada uma de suas manifestações é, provavelmente, inevitável. Desnecessário dizer que precisamente esta é a conclusão que a sociedade burguesa prefere, analisou Braverman¹⁰ em sua obra clássica.

Na sociedade capitalista, o trabalho está posto sob condições sociais específicas, e essas são determinantes da divisão social e técnica. Além disso, a diferenciação técnica é também parte do processo de produção de mercadorias e processo de valorização. Como formula Marx¹¹:

“ O capitalista, ao transformar dinheiro em mercadorias, que servem de matérias constituintes de um novo produto ou de fatores do processo de trabalho, ao incorporar força de trabalho viva à sua objetividade morta, transforma valor, trabalho passado, objetivado, morto em capital, em valor que se valoriza a si mesmo, um monstro animado que começa a trabalhar como se tivesse amor no corpo.”

Esses pressupostos da análise marxiana e marxista crivam medularmente a análise histórica do Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo e interdita as elaborações que operam com a imediata e simples identificação fenomênica dos aspectos (protoformas) que constituem a gênese da profissão com o conhecimento histórico do processo de institucionalização profissional.

Assim, a legitimidade social e as competências profissionais convertem-se em questões centrais enfrentadas pela categoria no Brasil, que se articulou e passou a lutar por um projeto profissional de ruptura com o conservadorismo e seus efeitos teóricos, políticos e formas de intervenção profissional. Configura-se um movimento profissional não homogêneo, mas mobilizador de interesses coincidentes, quando contraposto aos interesses dos grupos tradicionais, que explora novos caminhos no sentido de dotar o Serviço Social de uma legitimidade social mais substantiva e abrangente. Esse movimento foi impulsionado, reconhecidamente, pelas tendências mais críticas e comprometidas com a trajetória do Serviço Social na América Latina.

A história recente do Serviço Social brasileiro atesta a relevância da sua organização política e o papel protagônico das entidades de representação da categoria na trajetória renovadora do pós-1970. Na história da profissão, há vários exemplos que demonstram as prioridades assumidas pelas entidades de representação, a extinta Associação Nacional Sindical de Assistentes Sociais (ANAS) e sindicatos, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABESS) e as unidades acadêmicas, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os conselhos regionais e Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e os centros acadêmicos. Destacam-se a relação da agenda dos debates profissionais com o movimento sindical e as lutas gerais da sociedade; os eixos e temas dos eventos, conteúdos contextualizadores da inserção da categoria na luta mais ampla da classe trabalhadora; e, sobretudo, a reivindicação e a defesa da democracia e da política como necessidades vitais para a organização política da categoria.

Essa inflexão resultou da ação de um conjunto de forças que optou por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária sem dominação – exploração de classe, etnia e gênero (Código de Ética Profissional – Princípios) e adotou como componente de direção social estratégica o redimensionamento da agenda socio-profissional consoante com o projeto profissional e

societário que defendia. Esse redimensionamento da agenda clivou as questões que afligiam e preocupavam os pesquisadores compromissados com a perspectiva crítica, com a ruptura, com o conservadorismo e seus aportes culturais.

O *novo na profissão* é o processo que enlaça a emergência de um Serviço Social com a afirmação de outro perfil profissional, legitimado a partir da crítica às vertentes que defendem a individualização dos problemas sociais e buscam o controle e a coesão social.

Enlace construído entre a profissão, os profissionais e o inseparável problema da consciência de classe, entre a experiência real de organização política da categoria e o desenvolvimento de uma consciência de classe que questiona a consciência corporativista que focaliza o “status” e os privilégios legais implicados em vantagens econômicas. Não se trata de uma homogeneidade no perfil da categoria, mas de um processo histórico revelador de heterogeneidades complexas e intrínsecas relações de classes que atravessaram e atravessam a profissão.

FORMAÇÃO E PROFISSÃO: O CONTEXTO DAS INTER-RELAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS

De acordo com as reflexões anteriores, entende-se que o desenvolvimento profissional é um fenômeno histórico de caráter contraditório, sendo a atividade profissional determinada pela maneira como se organiza a sociedade e pelo resultado da atuação da categoria profissional.

Nesse sentido, tratar a dimensão política da relação formação e profissão no contexto histórico é reconhecer as dificuldades apresentadas na conjuntura, considerando tanto as mudanças estruturais do sistema capitalista, suas estratégias políticas, e os impactos na profissão quanto as reformas modernizantes e neoliberais, principalmente as financeiras, iniciadas no Brasil no final dos anos 1980 e que tiveram impactos no mundo do trabalho. Alguns exemplos desses impactos podem ser encontrados no cerco aos direitos adquiridos pelos trabalhadores, redução dos salários, dos encargos trabalhistas, assim como nos gastos dos empregadores e do Estado, reduzindo o número de empregos, flexibilizando e precarizando o mercado de trabalho.

Tais impactos redesenham alguns eixos nucleares da formação profissional, particularmente aqueles voltados para o ensino da prática profissional, como é o caso da supervisão, desafiando a orientação política de uma prática profissional vinculada com a perspectiva de classe, da cidadania e

com o aprofundamento da democratização da vida social contribuindo para o processo de construção de um novo bloco histórico na sociedade, com a hegemonia daqueles que criam a riqueza e dela não se apropriam, como problematiza Iamamoto^{12,13,14,15} em diferentes textos.

Para compreender a dimensão política das diretrizes curriculares, no Serviço Social, segundo os organismos políticos da categoria profissional (ABEPSS, o CFESS/CRESS e a ENESSO), é preciso afirmar a construção de um perfil profissional resultante de sua adesão às diretrizes curriculares que orientam o projeto pedagógico dos cursos de Serviço Social que se materializa nessas legislações. A partir de 2001, o novo currículo implantado em todas as unidades de ensino define o estágio supervisionado como atividade curricular obrigatória e destaca seu significado no processo de formação profissional do assistente social.

O currículo em vigência supõe a formação de um profissional que atue nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais; seja dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, disponha de capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho e seja comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social.

É claro que os ideais em torno dos quais o projeto profissional se articula são aqueles comprometidos com os interesses históricos das classes trabalhadoras e reafirmam, por meio do Código de Ética de 1986, a dimensão política da prática profissional. Percebe-se que para explicar a dimensão política desses ideais é necessário fazer uma digressão histórica da ABEPSS, pois o projeto profissional em curso é a conclusão de um processo histórico anterior à década de 1990. Neste sentido, destaca-se, do ponto de vista dos currículos, que os anos 1970 evidenciam os efeitos do Movimento de Reconceitualização Latino Americano (que permitiu avançar em direção à superação do conservadorismo).

Muitos estudiosos apontam a década de 1970 como o início de um processo que deu origem ao currículo vigente. Destacam como principais representantes a ABEPSS e CEDEPSS que possibilitaram a democratização do debate e a socialização do pensamento das escolas e dos profissionais. Assim, o novo currículo se encontra intimamente relacionado com a sua finalidade de atuar na dinâmica das relações entre o Estado e a sociedade civil exigindo, portanto, funções investigativas ante a realidade.

Recorde-se que foi por intermédio de uma ampla pesquisa sobre formação profissional que o novo currículo de 1984 foi estruturado. Ele expressou um processo de renovação tendo como elementos constitutivos a produção teórica, a organização política da categoria, as reflexões éticas e, não menos relevante, a ampliação das pesquisas. Tudo isso possibilitou a superação do antigo currículo.

Naquela fase de grave crise econômica e rearticulação da sociedade civil, a necessidade de revisão acerca dos objetivos, conteúdo e da função social da formação profissional era imperativa. Por isso a identificação do Serviço Social como uma atividade inscrita na divisão sociotécnica do trabalho e historicamente determinada; o entendimento de que o fundamento da profissão é a compreensão crítica e não estática da realidade social; o compromisso político com a classe trabalhadora e a legitimação da prática.

Sobre essa legitimação, destacamos que as mudanças nos processos de legitimação profissional acompanham as transformações sociais, econômicas e políticas da sociedade, pois a dimensão política do Serviço Social não pode ser tomada como relação de exterioridade. Ela é dotada de objetividade, ou seja: a profissão é uma especialização do trabalho social inscrita na divisão social e técnica do trabalho, quando se considera a determinação sócio-histórica da estrutura econômica da sociedade burguesa. Por outro lado, sua subjetividade se revela no desenvolvimento das condições que possibilitam uma vinculação consciente entre o nível técnico e o nível político expresso na requisição de um assistente social como um tipo particular de intelectual.

Se nos anos 1970 a reconceitualização tornou-se o marco para a tentativa de ruptura do Serviço Social crítico com o Serviço Social tradicional – propiciando um amplo e vigoroso debate em torno das perspectivas teórico-ideológicas que sustentavam a formação profissional até os anos de 1970 –, os anos 1980, época de redemocratização da sociedade brasileira, serviram de base para a construção de uma nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, reorientando, assim, a formação profissional dos assistentes sociais.

Observou Iamamoto¹⁴ que, naquelas duas décadas, o Serviço Social deu um salto qualitativo em sua autoqualificação, uma vez que houve alterações no ensino universitário, expansão do acervo bibliográfico, produções científicas e aumento das publicações do Serviço Social. Já nos anos 1990, a categoria conseguiu maior expressão com pesquisadores reconhecidos pelas agências de fomento: ampliou-se o debate em torno das políticas públicas, possibilitando o adensamento e o fortalecimento de seu autorreco-

nhecimento. Dessa forma, a transição para o currículo dos anos 1990 exigiu dos organismos representativos da categoria profissional uma maior aproximação com a intervenção (prática) profissional.

Além disso, impôs-se uma revisão crítica dos elementos que levaram ao *teoricismo*, possibilitando uma “apropriação teórico-metodológica no campo das grandes matrizes do pensamento social [que] permitiria a descoberta de novos caminhos para o exercício profissional”; ao *politicismo*, por meio do “engajamento político nos movimentos organizados da sociedade e nas instâncias de representação da categoria e do *tecnicismo* – cujo aperfeiçoamento técnico-operativo mostra-se como uma exigência para uma inserção qualificada do profissional no mercado de trabalho”.

Sob tais condições, a dimensão política deve estar articulada aos interesses dos setores majoritários da

sociedade (a classe trabalhadora). O projeto ético-político profissional exige do profissional um posicionamento firme na defesa do compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais no sentido da liberdade como valor ético central. Entretanto, a concretização desses princípios requer fundamentos teóricos e metodológicos capazes de instrumentalizar o profissional para a análise da realidade social.

O essencial é compreender que o trabalho e a questão social, eixos centrais das diretrizes curriculares da formação profissional, não resultam do acaso. Eles constituem uma orientação ideológica e política voltada para um projeto social que assinala a necessidade de uma direção social (ético-política) para o projeto pedagógico das escolas de Serviço Social ao qual o ensino da prática está vinculado. Nesse sentido, formam-se os aspectos ideopolíticos dos eixos centrais da formação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a questão social impõe um selo político ao fazer profissional. Constitui-se na contradição fundamental do modo de produção capitalista que está fundada na produção coletiva e na apropriação privada da riqueza social. Já o trabalho é a categoria central para entender a constituição da vida social e da profissão.

Nesse sentido, a compreensão da realidade social como processo histórico, desenvolvido fundamentalmente pelas lutas de classe, com centralidade na categoria trabalho e nas contradições capital/trabalho, reproduzindo tanto a sua dinâmica e estrutura (positividade) quanto contendo sua negação, põe-se como condição para os assistentes sociais e Serviço Social, para a formação, a produção de conhecimentos e o exercício profissional.

Reconhecer, portanto, o caráter da pesquisa e do espírito investigativo como condições essenciais ao exercício profissional invoca um duplo desafio para a formação do assistente social: entender a gênese da questão social e as situações particulares e fenômenos singulares que são confrontados no mercado de trabalho. Afinal, desde meados dos anos 1980, emergem ações no sentido de concretizar espaços, como é o caso da criação do Fórum de Supervisores, para “se constituir enquanto um fórum importante de organização política dos profissionais para o enfrentamento das questões relativas à formação profissional, em especial àquelas vinculadas ao Estágio como um momento privilegiado do “ensino da prática”, analisa Santos¹⁶.

Mediar essa relação que vai além dos limites acadêmicos parece ser um dos grandes desafios das entidades organizativas, particularmente da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Nesse contexto, os avanços significativos no âmbito da direção da ABEPSS se expressam nos resultados da pesquisa realizada sobre as Diretrizes Curriculares e na elaboração da política nacional de estágio (PNE)¹⁷, possibilitando “balizar os processos de mediação teórico-prática na integralidade da formação profissional do assistente social”.

Referências

1. Yamamoto MV. A Renovação Conservadora no Serviço Social. Ensaio Crítico. São Paulo: Cortez; 1992.
2. Netto JP. Ditadura e Serviço Social. Uma Análise do Serviço Social no Brasil pós - 64. São Paulo: Cortez; 1991.
3. Netto JP. Serviço Social e tradição marxista. Serv Soc & Sociedade, 1989 abr; 30 Ano X: 89-91.
4. Netto JP. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo I. 1999 CEAD/UNB.
5. Netto JP. O Movimento de Reconceitualização: 40 anos depois. Serv Soc & Sociedade 2005; (84).
6. Netto JP. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serv Soc & Sociedade. 1996; (50).
7. Netto LE. O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez; 2011.
8. Marx K. Para a Crítica da Economia Política. Tradução Edgard Malagodi. São Paulo: Abril Cultural; 1982. (Os Economistas).
9. Antunes R. Os sentidos do Trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 1999.
10. Braverman H. Trabalho e Capital Monopolista. A Degradação do Trabalho no Século XX. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
11. Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultura; 1988. (Os economistas).
12. Yamamoto MV. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. Capacitação em Serviço Social e Política Social – Crise contemporânea, questão social e Serviço Social, módulo 01. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB; 1999.
13. Yamamoto MV. O significado dos Serviços Sociais. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez-Celats; 1983.
14. Yamamoto MV. Serviço social brasileiro e a articulação latino-americana. Rev Temp/Assoc Bras de Ens e Pesq. em Serviço Social. 2004 jan/jul. 2003; 7 Ano IV.
15. Yamamoto MV. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez; 1998.
16. Santos C. As diretrizes curriculares da ABEPSS: desafios atuais da supervisão para a concretização do perfil profissional. Serv. Soc. & Saúde [periódicos na Internet]. 2011 [acesso em 06 dez. 2015]; 9:23-35. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47808
17. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Política Nacional de estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2009. Disponível em http://www.abepss.org.br/files/politica_nacional_estagio.pdf
18. Abramides MBC, Socorro, MRC. O novo sindicalismo e o serviço social. Trajetória e Processos de Luta de uma Categoria: 1978 - 1988. São Paulo: Ed. Cortez; 1995.
19. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. O processo da formação profissional do Assistente Social. Cadernos ABESS 1. São Paulo: Cortez; 1986.
20. Behring E, Boschetti I. Projeto ético-político do Serviço Social e política social. In: Behring E, Boschetti, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo, Cortez; 2006.
21. Faria S. Produção de conhecimento e agenda sócio-profissional no serviço social brasileiro [Tese]. São Paulo: Programa de Pós Graduação em Serviço Social / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.
22. Kameyama N. A trajetória da produção de conhecimento em Serviço Social: avanços e tendências (1975 – 1997). Cadernos ABESS. 1998; (08).
23. Lukacs G. Ontologia do ser social. Os Princípios Ontológicos Fundamentais de Marx. São Paulo: Ciências Sociais; 1979a.
24. Santos C. Reforma/Revolução – pólos de tensão na constituição do movimento socialista, mimeo, PUC São Paulo, 1998.
25. VV. AA. Serviço Social a caminho do século XXI: o protagonismo ético-político do conjunto CFESS-CRESS. Serv. Soc. & Sociedade. 1996; (50).

REUNIÃO CLÍNICA INTERDISCIPLINAR – UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO BASEADA EM PROBLEMAS NA GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTERDISCIPLINARY CLINICAL MEETING – AN EDUCATION STRATEGY BASED ON PROBLEMS IN PHYSICAL THERAPY GRADUATION: EXPERIENCE REPORT

Susi Mary de Souza Fernandes

Étria Rodrigues

Zodja Graciani

Marcelo Fernandes

Gisela Rosa Franco Salerno

Denise Loureiro Vianna

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Contato

Susi Mary de Souza Fernandes

E-mail: susifernandes@uol.com.br

RESUMO

Atualmente busca-se um modelo de ensino superior inovador, capaz de capacitar os profissionais para responder a demandas de saúde da sociedade. O Curso de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie propõe nas diretrizes curriculares, consignadas ao Projeto Pedagógico Institucional e às Diretrizes Nacionais para Cursos de Graduação em Fisioterapia, um currículo no qual as disciplinas são oferecidas obedecendo a uma estrutura longitudinal de complexidade crescente e a metodologias ativas de ensino desenvolvidas em diferentes estratégias

de ensino como: estudo de caso, solução de problemas e painel inseridos em todas as disciplinas do curso e concretizados no encontro de apresentação designado Reunião Clínica Interdisciplinar (RCI). A RCI tem-se constituído como uma ferramenta de motivação, instrumentalização e capacitação dos professores, proporcionado aos alunos o desenvolvimento de habilidades de argumentação, coerência e síntese, correlação teórico-prática, postura profissional crítica e reflexiva observadas, principalmente, nos alunos das últimas etapas.

Palavras-chave: Aprendizagem baseada em Problemas. Educação Superior. Fisioterapia.

ABSTRACT

Nowadays, an innovative higher education model is sought, one that is able to train professionals to meet the health demands of society. The Physical Therapy course of Mackenzie University proposes the curriculum guidelines, assigned to the Institutional Educational Project and the National Guidelines for Physical Therapy in undergraduate courses, a curriculum in which courses are offered obeying a longitudinal structure of increasing complexity and active methodologies of teaching, developed in different teaching strategies such

as case study, problem solving and panel inserted in all course subjects and implemented in the meeting presentation called Interdisciplinary Clinical Meeting (RCI). RCI has been constituted as a tool for motivation, instrumentation and teacher capacitation, and provides students with the development of reasoning skills, consistency and synthesis, practical theoretical correlation, critical and reflective professional posture observed mainly in the students at the last stages.

Keywords: Problem-Based Learning. Education, Higher. Physical Therapy Specialty.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A apresentação curricular tradicional dos cursos de graduação está baseada na divisão de disciplinas e resulta na compressão de informações nos primeiros anos de curso, com sobrecarga do cognitivo e pulverização do conhecimento. Um dos principais problemas desse método é a falta de integração entre as disciplinas, principalmente entre as áreas básicas e as específicas.

Segundo o art. 52. da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a universidade é uma instituição pluridisciplinar de formação dos quadros de profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão, de domínio e cultivo do saber humano¹. É reconhecida a necessidade de mudança, e da renovação nos processos educativos atuais, tendo em vista a preocupação com a unificação do saber.

Nessa perspectiva, as universidades brasileiras devem sofrer algumas alterações, passando do modelo pluridisciplinar para o interdisciplinar². Para tanto, será necessária a revisão dos processos de formação acadêmica, de modo a converter o ensino tradicional em um modelo que privilegie a construção do conhecimento ancorada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais³.

Desde a década de 1950, currículos alternativos têm sido propostos, mas geralmente com pouco sucesso. Há, hoje, um consenso entre os educadores de que o aprendizado deveria ser mais centrado no aluno, com maior carga horária para atividades de pesquisa e de estudo. A partir da década de 1970, houve o reconhecimento da participação ativa do indivíduo na incorporação do conhecimento; a importância de sua experiência prévia e do uso desta experiência como elemento motivador para o aprendizado^{4,5,6}.

Dentro desse contexto, as escolas, principalmente, nos cursos de saúde, têm-se apoiado nas metodologias problematizadoras para alcançar tais objetivos. O primeiro movimento ocorreu nos cursos de Medicina, motivados nas experiências de países como Canadá e Holanda, e por recomendação das Sociedades das Escolas Médicas para países da África, Ásia e América Latina. No Brasil, essa metodologia estendeu-se, além da medicina, para os cursos de Enfermagem no Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná que vêm incorporando a metodologia da solução de problemas em suas atividades curriculares normais e especiais^{4,5,7,8}.

O *Problem Based-Learning* (PBL), difundido amplamente nas escolas de medicina, está baseado no modo de aprendizado do adulto e na compreensão do funcionamento da memória humana. Apresenta quatro objetivos básicos, a saber: a) a moti-

vação para o aprendizado; b) o desenvolvimento do raciocínio clínico; c) a estruturação do conhecimento em contexto clínico; e d) o desenvolvimento de habilidades de autoaprendizado⁹. Impõe a criação de grupo tutorial, formado por um tutor e oito a dez alunos, que serão apresentados a uma situação-problema pré-elaborada, como estratégia de atuação¹⁰.

Outra estratégia baseada em solução de problemas é a Metodologia da Problematização, relatada por Bordenave e Pereira apud Berbel¹⁰. Foi definida por Charles Maguerez como Método Arco. O método se apresenta dividido em cinco etapas, a especificar: a) observação da realidade; b) pontos-chave; c) teorização; d) hipóteses de solução; e por último, e) aplicação à realidade (prática). Vale ressaltar que nessa metodologia os casos são estudados a partir da realidade ou de um recorte da realidade^{10,11}.

As metodologias problematizadoras despontam como práticas educativas, no qual o principal fundamento é a participação ativa do aluno na construção do seu conhecimento³. Propiciando desenvolvimento operacional da atividade do estudante, de suas práxis, nela o estudante é motivado a buscar o conhecimento que o conduzirá na direção da solução do problema. Aparece como boa estratégia quando o objetivo é vincular o estudante a uma área profissional, uma vez que estimula ou amplia a significação dos elementos apreendidos em relação à realidade profissional^{5,12}.

Tal modelo aparece como uma boa perspectiva para os cursos de saúde tendo em vista as prerrogativas do Ministério da Educação, apresentadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)¹³, e nas exigências atuais para formação dos profissionais de saúde para atender à demanda apresentada pelas novas diretrizes do Sistema de Saúde Brasileiro².

O profissional de saúde deve apresentar competências concretizadas em conhecimentos, habilidades e atitudes que o qualifique para atender às demandas de saúde da sociedade. Portanto, as práticas de ensino devem ser planejadas no contexto da realidade, no qual a prática de ensino e a dinâmica do serviço de saúde estejam articuladas em todos os momentos³.

Muito se tem discutido sobre mudanças na estruturação da educação superior em saúde. Vários processos de mudanças estão sendo desencadeados, porém as estratégias e métodos variam muito entre as universidades, o que pode ser justificado pela dificuldade individual e/ou coletiva na modificação de paradigmas. Para concretizar um projeto de ensino ativo, muitas estratégias de mobilização, instrumentalização e capacitação entre os envolvidos devem ser realizadas, o que demanda tempo e, sobretudo, anseio por conta dos envolvidos¹⁴.

Segundo Feuerwerker⁶, na abordagem metodológica ativa, o currículo deve ser integrado, para que vários conteúdos possam se articular para atender à demanda de uma situação ou de um problema, de modo que a abordagem deve ser interdisciplinar. Para Gattás¹⁵, o processo de integração entre as disciplinas nos cursos de saúde é fundamental para formar profissionais mais engajados na realidade e nos processos de transformação dos sistemas de saúde.

As metodologias de ensino baseadas na problematização são práticas educativas nas quais o principal fundamento é a participação ativa do estudante na construção do seu conhecimento, sendo, portanto, consideradas como uma boa alternativa ao modelo tradicional no ensino das profissões de saúde⁶. Ainda são poucas as escolas, em outras áreas da saúde, que conseguem implantar um currículo transformador, crítico e reflexivo, com adoção plena de metodologias problematizadoras³.

Diante dessa perspectiva, o Curso de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) propõe em suas diretrizes curriculares, consignadas

ao Projeto Pedagógico Institucional e às DCNs para cursos de graduação em Fisioterapia¹³, um currículo estruturado em quatro grandes eixos, a saber: Ciências Biológicas e Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos. Nele, as disciplinas ofertadas obedecem a uma estrutura longitudinal de complexidade crescente que propõe a integração contínua do conhecimento e a adoção de situações-problema. Para tanto, diferentes ferramentas pedagógicas são empregadas, como, por exemplo, estudo de caso, solução de problemas e painéis inseridos em todas as disciplinas do curso desde as primeiras etapas e concretizados no encontro de apresentação designado Reunião Clínica Interdisciplinar (RCI).

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência na integração entre as diretrizes curriculares e as estratégias de ensino baseadas na problematização na perspectiva da formação profissional em fisioterapia como um processo contínuo e inter-relacionado, que favorece o acompanhamento da evolução do aluno na aquisição das competências e habilidades.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Premissas para Implantação de Metodologias Ativas de Ensino na Graduação em Fisioterapia da UPM

A partir da ampla reflexão sobre as DCNs¹³, buscou-se elaborar uma estrutura curricular que relacione dialeticamente as dimensões teoria e prática, direcionadas para a construção do conhecimento e protagonismo do aluno do Curso de Fisioterapia durante o processo de formação acadêmica; na perspectiva de formar um profissional fisioterapeuta com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, com capacidade de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Ademais, deter visão ampla, global e respeitar os princípios éticos e culturais do indivíduo e da coletividade, com capacidade para empreender e gerenciar serviços de Fisioterapia.

Nesse contexto, metodologias ativas de ensino foram elaboradas para facilitar e contribuir efetivamente com o processo ensino e aprendizagem, de modo que, ao participar de situações concretas, o alunado se reconheça como sujeito participativo da realidade.

Desde 2011, a principal estratégia pedagógica adotada no Curso de Fisioterapia da UPM, objetivando situações-problema, concretiza-se na forma de RCIs. Trata-se da releitura de práticas clínicas correntemente adotadas em estágios curriculares, na prática profissional, e aqui expandidos a todos as etapas do Curso.

Os alunos das últimas etapas do Curso de Fisioterapia estão em fase de estágio supervisionado, no qual exercem a prática profissional, com objetivo de exercitar conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos

em etapas anteriores, porém com casos clínicos reais; divididos em quatro grandes áreas de atuação, assim distribuídas: Saúde Coletiva, Neurologia, Musculoesquelética e Hospitalar. Em cada uma dessas áreas, o aluno acompanhado de um professor supervisor torna-se responsável por um número determinado de pacientes.

Nesse momento, o aluno deverá, segundo objetivos traçados no Projeto Pedagógico, ser capaz de: a) Criar, propor e recomendar terapêuticas nas diferentes áreas de atuação da fisioterapia de modo humanizado; b) Justificar sua terapêutica baseado na integralidade; e c) Atuar criticamente diante dos princípios das ciências e da biotecnologia. Desse modo, são os principais atores na concretização da RCI tornando-se os responsáveis por eleger e conduzir um caso clínico real que será liderado por eles e trabalhado pelos alunos nos demais semestres.

Para concretização dos objetivos propostos para RCI, várias estratégias metodológicas são executadas de acordo com o semestre letivo em que o aluno se encontra, obedecendo a seguinte sequência:

a) ESTUDO DE CASO: os alunos das últimas etapas em estágio são orientados a eleger um caso clínico, entre os pacientes atendidos, para realizar um estudo completo, desde a análise e interpretação da doença, levantamento de hipóteses, crítica às técnicas disponíveis para o tratamento, planejamento das estratégias de tratamento, prognóstico e repercussões socioambientais do quadro apresentado; de modo que, ao final, sejam capazes de traçar e apresentar uma proposta de solução na RCI. Após eleição do caso e decisão terapêutica, os alunos são orientados a disponibilizar o resumo do caso a todos os professores do curso.

b) SOLUÇÃO DE PROBLEMAS: os professores recebem o resumo e são orientados a trabalhar o caso nas aulas teóricas, relacionando o conteúdo do problema apresentado com a disciplina ministrada, independentemente da etapa que a disciplina se encontre, de tal modo que os alunos sejam capazes de exercitar pensamento reflexivo, crítico e criativo, correlacionando os conteúdos teóricos desenvolvidos na aula com a aplicação clínica apresentada no caso, a fim de reunir elementos para discussão posterior com os estagiários.

c) PAINEL: em dia predeterminado, todos os alunos do Curso reúnem-se em evento designado RCI. Os alunos estagiários das últimas etapas apresentam o caso clínico estudado. Após a apresentação, com duração de 50 minutos, é aberta a sessão de debates. Nessa fase, os professores das diferentes áreas do curso, professores de outros cursos da saúde da universidade, bem como a plateia apresentam suas considerações aos alunos expositores. Estes respondem às argumentações; e, ao final, o professor supervisor de estágio, responsável pela área, realiza as considerações finais alinhando todos os pontos de vista.

As RCIs acontecem semestralmente, e o número de casos apresentados podem variar de acordo com a distribuição das áreas de estágio. De tal modo que em cada RCI poderão ser discutidos de um a dois casos de diferentes áreas de estágio.

RESULTADOS E IMPACTOS

O Quadro 1 apresenta os temas discutidos no período que compreende o ano de 2011, início do projeto, até o segundo semestre de 2015, e ilustra a abrangência da estratégia.

QUADRO 1. Áreas de estágios supervisionados contempladas nas RCIs e temas apresentados no período de 2011 a 2015

Semestre	Área de estágio	Tema
1º/2011	MUSCULOESQUELÉTICA	Intervenção Fisioterapêutica no paciente com Fratura da cabeça do rádio e Endoprótese: Estudo de Caso
	NEUROLOGIA	Avaliação e Intervenção no paciente com Esclerose Múltipla: do Diagnóstico ao Prognóstico
2º/2011	MUSCULOESQUELÉTICA	Fisioterapia Aquática em pacientes com Fibromialgia e Lúpus Eritematoso Sistêmico: Atividades em grupo
1º/2012	HOSPITALAR	Intervenção Fisioterapêutica no paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
	SAÚDE COLETIVA	Intervenção Fisioterapêutica no Equilíbrio em Idosos
2º/2012	HOSPITALAR	Intervenção Fisioterapêutica em paciente com Síndrome da Membrana Hialina (SMH): Estudo de Caso
	SAÚDE COLETIVA	Avaliação e intervenção na prevenção de doenças musculoesqueléticas de Trabalhadores de um setor administrativo
1º/2013	HOSPITALAR	Intervenção Fisioterapêutica em paciente com Insuficiência Cardíaca
	SAÚDE COLETIVA	Perfil de idosos institucionalizados e estratégias de intervenção na Prevenção da Fragilidade
2º/2013	SAÚDE COLETIVA	Estratégias de Promoção a Saúde na Atenção Básica: Aplicação de protocolo de avaliação para Ler/Dort segundo classificação internacional de funcionalidade (CIF)
1º/2014	SAÚDE COLETIVA	Intervenção Fisioterapêutica em mulheres com Incontinência Urinária Feminina
2º/2014	HOSPITALAR	Atuação da Fisioterapia no doente crítico – da UTI a alta
1º/2015	NEUROLOGIA	Intervenção Fisioterapêutica em paciente com Mielomeningocele: um estudo de caso
2º/2015	MUSCULOESQUELÉTICA	Protocolo de Atendimento no paciente com politrauma – Repercussões e Prognóstico

Observa-se no Quadro 1 que as quatro grandes áreas de estágio foram contempladas. A distribuição e escolha das áreas contempladas em cada RCI é realizada de modo que todos os alunos estagiários possam experimentar essa prática, independentemente da área de estágio em que se encontrem. Entende-se que tornar o aluno ator principal na concretização da RCI contribui significativamente para a sua formação, atendendo às diretrizes traçadas no Projeto Pedagógico.

Muitos são os benefícios que a RCI tem produzido no curso. Essa prática vem se configurando como importante estratégia para atender aos objetivos traçados no Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia da UPM no que concerne ao desenvolvimento de práticas acadêmicas que assegurem experiências funcionais de aprendizagem, nas quais o alunado tem oportunidade de participar efetivamente de situações reais^{5,8}.

Para os alunos, as repercussões têm sido notadas no desenvolvimento precoce de habilidades como capacidade de argumentação, coerência e síntese. Além disso, destacam-se a correlação teórico-prática e a postura profissional crítica e reflexiva observadas, principalmente, nos alunos das últimas etapas. Estes discutem ciência na visão do cotidiano, uma vez que o objeto estudado parte do contexto vivido, e, portanto, pode ser repensado, refletido e teorizado a partir da relação profissional-paciente, com o intuito de obter hipóteses de solução que atendam e alterem a realidade do paciente¹⁶.

Do mesmo modo, os alunos das primeiras etapas experimentam o contato precoce e amplo com os componentes curriculares inerentes a sua formação, o que permite uma visão diferenciada das disciplinas básicas, pois oferece sentido ao conteúdo desenvolvido desde as disciplinas básicas até as mais complexas; além de propiciar um olhar diferenciado para o binômio saúde-doença, que abandona a fragmentação do indivíduo proposta no modelo biomédico curativista para a adoção de um modelo que estimula o desenvolvimento da cidadania, possibilitando a compreensão do ser humano socialmente inserido¹⁶.

Outro aspecto importante refere-se à integração e à interdisciplinaridade entre os alunos das diversas etapas do curso de Fisioterapia, bem como de outros cursos de saúde da universidade, que interagem com o grupo que está apresentando o caso. Desde 2014, os professores e alunos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, unidade acadêmica da universidade, no qual o Curso de Fisioterapia está inserido, são convidados a participar da RCI. Os professores dos Cursos de Educação Física, Farmácia, Nutrição e Psicologia participam na qualidade de banca de arguição com objetivo de expor o ponto de vista da sua área de conhecimento, as possíveis intersecções e repercussões no quadro exposto, na perspectiva de que os alunos desses cursos, que participam como ouvintes, apropriem-se do caso e da importância do olhar clínico inovador, holístico e humanizado.

Com essa experiência, observa-se também uma mudança nos professores, que se apresentam mais motivados e em busca de novas perspectivas. Paulo Freire¹⁷ relata que quanto mais o professor

possibilitar aos estudantes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais se sentirão desafiados a responder aos novos desafios.

Embora, teoricamente, a aprendizagem baseada em problemas e a problematização se constituam de maneira distinta, ambas contribuem para mudança no processo de ensino-aprendizagem no ensino superior uma vez que modificam a forma tradicional de ensinar e aprender por estimular o protagonismo estudantil e a troca de saber⁵. Independentemente do modelo eleito, as metodologias ativas favorecem a aquisição e apropriação do conhecimento a partir da prática, na experiência vivenciada e percebida pelo indivíduo como problema. Segundo Schaurich et al.¹⁶, a aplicação de metodologias ativas no ensino em saúde suprime a fragmentação teoria-prática, uma vez que a solução do problema vivenciado encaminha para busca de solução no conteúdo teórico.

DESAFIO NA CONSTRUÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS

A pesar dos inúmeros benefícios, alguns desafios devem ser vencidos, como, por exemplo, romper com as estruturas conservadoras que ainda hoje orientam os rumos da universidade. O ensino em saúde em sua integralidade não permite a fragmentação, e, portanto, parte-se de uma visão que supõe aproximar a interface entre a diversidade das disciplinas que compõe a grade curricular.

Nesse sentido, a construção de um currículo integrador capaz de atender às demandas do cenário atual, no qual a interação teórico-prática aconteça desde as primeiras etapas, nem sempre é possível de ser realizada. Percebe-se na carência de suporte apropriado do corpo acadêmico, institucional e no preparo dos próprios alunos algumas dificuldades para implementação das metodologias ativas.

Os professores da área da saúde apresentam-se resistentes. Geralmente, referem não dominar metodologias pedagógicas e apoiam-se na descrição de que são “profissional-professor”. Argumentam não ter formação na licenciatura e que desenvolveram a técnica de ensino com base no exemplo de um antigo professor inspirador.

Segundo De Sordi¹⁸, o modelo de educação em saúde está em crise. Os alunos apresentam-se desinteressados, os professores encontram-se fixados no modelo tradicional de ensino, por sentirem-se despreparados metodologicamente para outras formas de ensinar e, além disso, resistem à mudança no modo de ensinar permanecendo fixados na racionalidade técnica, no modelo de saúde hospitalocêntrico e na centralização no saber do professor¹⁹.

No entanto, com as exigências atuais de uma sociedade submetida a um processo de mudança acelerada, algumas escolas de saúde começam a aderir à metodologia ativa como estratégia de ensino. Já é comum encontrar cursos inteiros, ou algumas disciplinas, que aderiram a essa proposta para cursos de saúde^{4,5,7,8,16,18}.

Tal fato, deve estar diretamente relacionado com um novo modelo de atenção à saúde que tem sido proposto. Este exige mudanças no sistema de formação dos profissionais e, conseqüentemente, nos projetos curriculares que devem ser integrados e que poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com sua transformação²⁰.

Embora algumas escolas estejam aderindo a esse modelo, um outro desafio refere-se à mudança na postura do aluno, visto que a formação tradicional acompanha o estudante ao longo de toda sua formação. No ensino superior, as metodologias ativas apresentam-se para eles como um desafio extremo, que nem sempre estão preparados para assumir.

Marin et al.²¹ realizaram um estudo sobre metodologias ativas com estudantes de medicina. Os resultados revelaram que os alunos sentem que ocorreu uma mudança abrupta do método tradicional para as metodologias ativas que gera um sentimento de confusão na busca de conhecimento, principalmente em disciplinas básicas. Os estudantes relataram insegurança, grande esforço e necessidade de mudança de comportamento, maturidade e organização.

De tal modo que a prática da metodologia ativa, quando aplicada à formação de profissionais da saúde, exige um esforço intenso dos envolvidos, professor, instituição e alunos; a fim de respeitar a individualidade do ser humano, suas concepções e contemplar todas as dimensões do processo saúde-doença, para, com isso, atender às demandas do sistema de saúde brasileiro permitindo maior aproximação entre a teoria e a prática, entre as ações curativas e preventivas, entre a educação e o mercado de trabalho, tanto em uma perspectiva individual quanto coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização integral de metodologias ativas é bastante complexa. Embora possibilite visualizar as diferenças entre as disciplinas, as correlações de forças entre as especialidades e o potencial que se agrega, quando comparada a práticas em que cada disciplina cuida de seu próprio conteúdo, apresenta-se mais trabalhosa.

Exige do professor uma mudança de postura para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno, que pressupõe disponibilidade do professor de pesquisar, de acompanhar e colaborar para o aprendizado crítico do estudante, o que frequentemente coloca o professor diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas, exigindo que professores e alunos compartilhem de fato o processo de construção do conhecimento.

Ainda são poucas as experiências de implementação de propostas curriculares com adoção de metodologias ativas para os Cursos de Fisioterapia. Todavia, nessa experiência, notou-se que é possível a adoção com sucesso com base na observação da realidade e na reflexão crítica sobre as ações dos sujeitos, de forma a exercitar os conteúdos teóricos em conexão total com a prática.

Referências

1. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei número 9.394, 20 de dezembro de 1996.
2. Rossi CMS. Proposta de Interdisciplinaridade na Universidade. São Paulo: Papirus, 1995.
3. Vogt MSL. Os princípios andragógicos no contexto do processo ensino-aprendizagem da Fisioterapia. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde, para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília; Brasília-DF, 2007. Disponível em <<http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5300/1/TESE%20-%20Maria%20Saleti%20Lock%20Vogt.pdf>>. Acessado em 10 abr 2012.
4. Souza NR, Verdinelli MA. Aprendizagem ativa em Administração: um estudo da aprendizagem baseada em problemas (PBL) na graduação. PRETEXTO 2014; 15: 29 – 47.
5. Gomes MPC. et al. O uso de metodologias ativas no Ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. Ciência & Educação 2010; 16(1): 181-198.
6. Feuerwerker LA construção de sujeitos no processo de mudança na formação dos profissionais de saúde. Divulgação em Saúde para Debate 2000; 22: 18-24.
7. Maia JA. O currículo do ensino superior. In: Batista NA; Batista SH(Orgs.). Docência em saúde: tema e experiências. São Paulo: Ed. Senac, 101-133, 2004.
8. Zanolli MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Martins et al. Educação médica em transformação: Instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 40-61, 2004.
9. Toledo Júnior ACC, Ibiapina CC, Lopes SCF, Rodrigues ACP, Soares SMS. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. Revista Médica de Minas Gerais 2008; 18(2): 123-131.
10. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunic, Saúde, Educ 1998; 2: 139-154.
11. Iochida LC. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: Batista NA; Batista SH(Orgs.). Docência em saúde: tema e experiências. São Paulo: Ed. Senac, 153-166, 2004.
12. Anastasiou LGC; Alves LP. Estratégias de Ensino. In: Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 8 ed. Joinville/SC: UNIVILLE: 75-106, 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, 2002.
14. Zabit MN. Problem-based learning on student's critical thinking skills in teaching business education in malaysia: a literature review. American Journal of Business Education 2010; 3(6): 19-32.
15. Gattás MLB. Interdisciplinaridade: formação e ação na área da saúde. Ribeirão Preto: Holos Editora; 2006.
16. Schauric D, Beheregaray FC, Almeida MA. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE / RS. Rev Enferm 2007; 11(2): 318 – 24.
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
18. De Sordi MRL. Avaliação da aprendizagem universitária em tempos de mudança: a inovação ao alcance do educador comprometido. In: Veiga IP, Castanho MELM. (Orgs.) Pedagogia Universitária: a aula em foco. Campinas, SP: Papirus, 2000.
19. Colombo AA.; Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas 2007; 28(2): 121-146.
20. Abreu ES et al. Interdisciplinaridade, saúde e qualidade de vida no ambiente universitário: relato de experiência. Rev. Simbio-Logias 2014; 7(10): 107-118.
21. Marin MJS et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. Rev Bras Educação Médica 2010; 34(1): 13 – 20.

AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM MULHERES IDOSAS EM UNIDADES DE SAÚDE EM BELÉM – PARÁ – BRASIL

Wiviane Maria Torres de Matos Freitas

Orientadora: Hellen Thais Fuzii

Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais
Universidade Federal do Pará

Introdução: O envelhecimento é um fenômeno real que traz modificações individuais e sociais. Destaca-se que, na atualidade, a população idosa tem permanecido atuante no campo de atividade sexual. Outrora esse evento era particular aos jovens, hoje os idosos, além de serem sexualmente ativos, ainda se expõem cada vez mais às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo Papilomavírus Humano – HPV, em virtude de não adotarem hábitos seguros como o uso do preservativo.

Objetivo: O presente estudo teve por objetivo avaliar clínica e epidemiologicamente a presença do HPV em mulheres idosas de unidades de saúde em Belém/PA.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico e quantitativo. As informações foram coletadas por meio de questionário clínico e epidemiológico contendo variáveis sobre coitarca, parceiros sexuais, hábitos de etilismo e tabagismo etc. Foram coletadas células da cérvix uterina para realização de colpocitologia oncótica, extração de DNA e detecção de DNA do HPV. A detecção do HPV foi realizada por técnica de PCR; e para subtipagem, a de PCR em tempo real. As coletas se deram após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical/UFPA sob o parecer nº 401.991 e analisadas por meio da construção do banco de dados, e aplicados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher com nível de significância admitido de $\alpha \leq 0,05$. **Resultados:** Para

análise dos resultados, contou-se com 159 amostras de idosas, em média de 67,98 anos de idade, em maioria viúvas e com ensino fundamental incompleto. Registrou-se uma prevalência de 6,28% de infecção por HPV nessas idosas pesquisadas. Observou-se uma importante relação da infecção com a multiplicidade de parceiros ($p \leq 0,006$) e com o hábito de tabagismo durante a vida ($p \leq 0,03$). Outro fato importante para a presença do vírus é com relação às idosas que permanecem em atividade sexual, pois apresentaram maior prevalência de HPV (14,28%) do que as sem atividade (2,72%). Acrescenta-se o evento registrado, de uma idosa pesquisada, de infecção por um subtipo de alto risco oncológico (HPV16). Cabe ressaltar que todas as idosas do estudo receberam o resultado das análises citológicas dentro dos padrões de normalidade. **Conclusões:** Conclui-se que apesar da prevalência se apresentar decrescente nessa faixa etária, as idosas estão expostas a fatores de risco que podem contribuir para o aumento nas futuras taxas de câncer do colo do útero, em particular por receberem o resultado do exame citológico dentro dos padrões de normalidade. Dessa maneira, destaca-se a importância desta pesquisa e da necessidade de permanecer com o constante rastreamento em mulheres de todas as idades nas diversas unidades de saúde. **Palavras-chave:** Papilomavírus Humano; Câncer de Colo Uterino; Idoso; Prevalência.

CALIDAD DE VIDA FAMILIAR Y ATENCIÓN TEMPRANA: VALORACIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE EL ROL DE LA FISIOTERAPIA

Clarissa Altina Cunha de Araujo

Directores: Dra. Berta Paz Lourido, Dr. Sebastià Verger Gelabert
Programa de Doctorado en Investigación
e Innovación en Educación
Universitat de les Illes Balears – España

Tradicionalmente, los estudios sobre la calidad de vida, que incluían las familias, se limitaban a los efectos de tener un familiar con discapacidad o con enfermedades crónicas en la calidad de vida individual. Investigaciones recientes se han centrado en la calidad de vida de la familia en su conjunto. A su vez, el Libro Blanco de la Atención Temprana también dirige la mirada hacia las familias cuando recoge que las intervenciones en ese ámbito se dirigen a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno. Por otro lado, la fisioterapia pediátrica se ha desarrollado cada vez más en los últimos años en ese contexto. Sin embargo, la mayoría de los estudios revelan que la participación de los padres frecuentemente es considerada como un recurso terapéutico, que puede tener un efecto negativo en la calidad de vida familiar. Este estudio tiene como objetivo analizar las percepciones sobre la fisioterapia en la intervención temprana en Mallorca y su influencia en la calidad de vida familiar desde la perspectiva de los fisioterapeutas; así como de los padres y de las madres de niños con discapacidad. Se trata de una investigación cualitativa fundamentada en una perspectiva crítico social. La muestra intencional se compone de fisioterapeutas que trabajan en servicios públicos, concertados y privados de atención temprana en Mallorca con diferentes tiempos de experiencia. Han participado también padres y madres de niños con distintas afectaciones. Entre ellos se incluyen las familias de niños que fueron tratados en uno o más servicios de atención temprana. La selección de los participantes se llevó a cabo con el apoyo de informantes clave en secuencia encadenada. En total, 29 informantes (9 fisioterapeutas, 4 padres y 16 madres) aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron un consentimiento informado antes de la entrevista. La información se recogió en 21 entrevistas semiestructuradas en profundidad (9 fisioterapeutas y 12 madres) y 4 diadas

(madre y padre) hasta que se alcanzó la saturación de la información. Las sesiones fueron grabadas, luego transcritas y analizadas mediante el análisis del discurso. Como estrategia de rigor metodológico, se ha realizado la triangulación de la información a través de diferentes fuentes y métodos. Los resultados de este estudio muestran que los colectivos entrevistados consideran que la calidad de vida familiar se compone de elementos que caracterizan la vida en familia, la adaptación al nuevo contexto en consecuencia de la condición del niño, los apoyos, la calidad de vida del niño, y, por último, los recursos económicos. Con relación a la influencia de la fisioterapia en la calidad de vida familiar, los participantes relataron tanto aspectos que son favorables como otros que pueden generar efectos no deseados. Estos elementos fueron agrupados en categorías en relación a la atención al niño, a la atención a las familias, a la fisioterapia en los centros sanitarios de atención temprana y, finalmente, a la fisioterapia en otros entornos. Como conclusiones, se observa que la intervención de fisioterapia en atención temprana se centra fundamentalmente en el niño y su discapacidad, otorgando a la familia una condición de soporte continuado en relación a la terapia. Ello, sin embargo, puede poner en riesgo aspectos de la calidad de vida familiar que también tienen un impacto en el niño teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud. Además, este estudio ha permitido poner de relieve otros elementos que en conjunto generan un contexto de inequidades socio-sanitarias y económicas con impacto en las familias. Se sugiere implicaciones a distintos niveles orientados en mejorar la atención temprana y la fisioterapia en particular, reorientando los servicios hacia el enfoque de la calidad de vida familiar.

Palabras clave: calidad de vida familiar; atención temprana; fisioterapia pediátrica; investigación cualitativa; perspectiva crítico social.

