

EDITORIAL

O tema da formação profissional superior no Brasil tem sido discutido, de forma geral, nos espaços dedicados à educação. Na área da saúde, ao tratarmos do assunto, muitas vezes os espaços abertos para o debate encontram-se nos campos da Saúde Coletiva e da Ciências Humanas. A formação do fisioterapeuta, particularmente, tem sido discutida nos Fóruns e encontros promovidos pela Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO que tem procurado proporcionar debates e incentivado a produção do conhecimento na área.

Observa-se, entretanto, que são poucos os espaços que acolhem experiências importantes vividas na graduação e na pós graduação, para além das pesquisas acadêmicas.

As mudanças ocorridas na formação do fisioterapeuta, desde 2002, ano em que foram homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, trouxeram para o cenário da educação superior o desafio de uma formação por competência; a centralidade no estudante como sujeito participativo; a utilização de metodologias ativas para favorecer o processo de aprender a aprender, aprender a conviver, aprender a fazer, aprender a ser. Tal desafio tem demandado a qualificação pedagógica e metodológica do docente para novas práticas de ensino, trazendo para o universo docente universitário, particularmente para os docentes da área da saúde, o debate, o aprendizado, a vivência da Educação Permanente.

Sabemos do distanciamento entre o que está proposto nas diretrizes curriculares e o que ocorre no interior das universidades e escolas. Na verdade, dificuldades pedagógicas têm pouco espaço para debate no interior do núcleo específico da profissão. Onde aprender a ensinar a aprender? Será que o conhecimento técnico científico é ou foi suficiente para a prática docente atual? Como saber se as atividades de ensino estão centradas no professor, na metodologia ou no estudante, centro das metodologias ativas? Onde encontrar um espaço para o debate e reflexões sobre esse complexo cenário?

De forma geral, a formação na saúde, com exceção de cursos que preveem licenciatura, apresentam pouca qualificação e atividades para a prática docente. Estudantes de pós graduação, em prática de docência universitária supervisionada, reproduzem experiências vividas em suas graduações ou cursos complementares, sendo que essas atividades nem sempre são problematizadas para uma renovação metodológica. Projetos pedagógicos são registros esquecidos e, o plano de aula é, para alguns, experiência de concurso. Essas temáticas, juntamente com a Educação Permanente e a busca uma formação generalista e interprofissional é complexa e requer permanente reflexão e debate. A pergunta que acompanha desde sempre nosso grupo tem sido: que profissional queremos?

A ABENFISIO, ao longo de seus 13 anos, tem promovido fóruns, encontros, oficinas e colocado em diálogo docentes, estudantes, profissionais e usuários revendo e refletindo sobre as práticas pedagógicas e de cuidado à saúde, construindo, de forma coletiva, novos conhecimentos e produzindo trocas de experiências e informações relativas à formação superior na área da saúde, à gestão, atenção à saúde e participação social.

Deste modo, surgiu a necessidade de divulgar estas produções afim de proporcionar a junção dos diversos saberes, compartilhada com as demandas da sociedade, para a consolidação e difusão dos conhecimentos adquiridos numa perspectiva mais abrangente e disponível para os profissionais e discentes da área da saúde e em especial da fisioterapia. Além disso a ausência de um espaço legítimo e qualificado na área foram incentivadores para que uma publicação própria fosse lançada.

É com um sentimento de superação, orgulho e responsabilidade que disponibilizamos os Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, uma publicação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) que marca de forma significativa o cenário da formação dos profissionais da saúde, particularmente aqueles que buscam um espaço legítimo para debater questões relativas à formação superior no Brasil. Marcamos o ano de 2014 na história da Fisioterapia com o lançamento da primeira revista brasileira que oferece aos profissionais, docentes, estudantes e interessados nos temas de Educação, Saúde e Fisioterapia um espaço para trocas de experiências, pesquisas, estudos, relatos, publicações, enfim, construções de saberes e de nossa história.

A parceria com a Editora da Rede Unida, num esforço de toda equipe e dos companheiros que compõe nosso Corpo Editorial, dos avaliadores, dos autores que atenderam ao chamado para a publicação em nosso novo veículo de comunicação, a oferta dos espaços de artigos científicos, relatos de experiências, ensaios, teses e dissertações, espaço aberto, o sistema de gerenciamento *online*, entre tantos outros debates suscitados, trouxe para todos a compreensão de que Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia veio abrir espaço para outras formas de comunicação, com maior liberdade na forma e diálogo com temas sobre educação, história, formação social e políticas em saúde e também para outras expressões, como para as artes de um modo geral.

Nessa edição somos convidados ao debate com temas relativos às políticas públicas de saúde, interdisciplinaridade do cuidado bem como a formação e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Também contamos com relatos de experiência sobre inserção do profissional de saúde em modelos interdisciplinares, cuidado nas práticas corporais, educação interprofissional e práticas colaborativas.

Contamos ainda com pesquisas científicas discutindo sobre avaliação formativa na atenção básica e saúde da família, a percepção dos usuários sobre as ações profissionais desenvolvidas em ambiente domiciliar e a visão das crianças sobre saúde e tabagismo.

Aproveitamos essa edição especial de lançamento para anunciar nosso Suplemento 1 com os Anais do IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, I Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia e XXIV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e, convidar todos os nossos associados, colaboradores e colegas a participar de nossas próximas edições, visitando nossa homepage observando os prazos e sistema de encaminhamento para publicação.

Saúde!

APRENDENDO A APRENDER - FAZERES DA ABENFISIO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO é uma associação civil, de caráter educacional e científico, que se organiza a partir da necessidade de um espaço de debates encontrada por um grupo docentes preocupado com a formação dos fisioterapeutas no Brasil. Em outubro de 1999, por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Fisioterapia, na cidade de Salvador/BA, foi realizado o I Fórum Nacional de Docentes em Fisioterapia, com a proposta de organizar um movimento associativo de docentes¹, que culminaria, em 05 de abril de 2001, na criação oficial da ABENFISIO durante o IV Fórum de Docentes em Fisioterapia, na cidade de Santos - São Paulo. Esse momento histórico, decorrente de outros encontros anteriores, foi marcado pela aprovação do primeiro estatuto e pela eleição da primeira coordenação da entidade, que possui sede e foro legal na cidade de São Paulo.

Com o objetivo de congregiar docentes, discentes, profissionais de serviço e associados institucionais interessados em desenvolver e aprimorar o ensino e a formação dos fisioterapeutas em todo território nacional, a ABENFISIO foi proposta para subsidiar o tripé pesquisa-ensino-extensão, favorecendo a divulgação e o intercâmbio de conhecimentos entre todos os atores^{1,2}. Prioritariamente, busca discutir, propor e argumentar em prol de uma formação pautada na real necessidade de saúde da sociedade brasileira, indicando caminhos para colocar nesse cenário, um fisioterapeuta com responsabilidade social e comprometido com as diretrizes e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A criação da entidade e a proposição de seus objetivos ocorreram num momento em que, no cenário nacional, eram discutidas as Diretrizes Nacionais para os Cursos da Área da Saúde e num momento de franca expansão do ensino superior, principalmente no âmbito das escolas de caráter administrativo privado. Esses dois fatos, somados à necessidade de conhecimento do estado da arte no ensino de fisioterapia, favoreceram para que a entidade tivesse alcance nacional e se estruturasse em núcleos estaduais, com representação em instâncias governamentais e de classe e, em grupos de trabalho quando são demandados temas específicos para pareceres e estudos.

A ABENFISIO, de forma processual, consolidou-se como espaço legítimo para discussão de temáticas relevantes à formação profissional em Fisioterapia. O debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da Saúde, chamado pelo Edital MEC/SeSu 04/97³, encontrou a ABENFISIO em momento de organização e foi um potente mobilizador para o aprofundamento sobre o tema formação, que até então era pontualmente debatido entre coordenadores e alguns docentes nos eventos da profissão.

Destaca-se a implicação da entidade nesse debate, pois seu papel foi, e ainda é, fundamental na capilarização das discussões sobre a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Fisioterapia em particular, mas também em defesa das Diretrizes para todos os Cursos da saúde de uma forma geral. Nesse aspecto a posição da ABENFISIO alinhou-se àquelas que defendiam as diretrizes curriculares coerentes com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e com os movimentos educacionais contemporâneos que buscavam e ainda buscam um currículo que seja vivo, integrado, contextualizado na realidade da saúde de nossa população⁴.

Neste período houve o encontro e participação da ABENFISIO junto ao Movimento Social REDE UNIDA que permitiu um acúmulo sobre os temas educacionais, avaliativos e metodológicos, bem como o reconhecimento da importância da participação social no contexto formador de profissionais da saúde. O coletivo da Rede, as instituições parceiras e outros movimentos da saúde propuseram uma configuração curricular que se distanciou, em tese, do Currículo Mínimo vigente e do desenho da “grade” de disciplinas, desafiando as instituições formadoras para que a vida acadêmica seja colocada em constantes e provocadoras situações de aprendizagem, com outras práticas pedagógicas de ensinar e aprender centradas no estudante⁴. As novas abordagens metodológicas, também defendidas pela ABENFISIO, devem favorecer o desenvolvimento de áreas de competência para uma prática de saúde, de gestão, de participação social e de educação com respeito, amorosidade e responsabilidade social^{5,6}.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia foram legalmente instituídas em 19 de fevereiro de 2002, pela Resolução nº 4 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação⁷ e, desde sua homologação, tem sido pauta de oficinas, encontros, debates e ações da ABENFISIO, na direção de sua efetiva e qualificada implementação.

A participação no movimento Aprender SUS⁸ - “Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações na Saúde”, promovido pelo Ministério da Saúde, em 2004, permitiu que, juntamente com as demais entidades representativas do ensino das profissões da saúde e movimentos sociais implicados, fosse instalado o Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde - FNEPAS, o que contribuiu para a ampliação do debate formativo, incluindo na pauta das entidades discussões permanentes sobre as DCN, competências gerais e a formação interprofissional.

No FNEPAS, a efetiva participação da ABENFISIO viabilizou, em 2005, a execução de uma Carta Acordo de Cooperação Técnica com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde - Departamento de Gestão e Educação na Saúde (SGTES/DEGES), com o desenvolvimento, durante os anos de 2005 e 2006, de 23 oficinas regionais e 03 oficinas nacionais sobre formação em saúde, particularmente trabalhando as novas demandas organizacionais decorrentes das diretrizes e de novas abordagens pedagógicas⁹. Ao todo foram mobilizadas 1840 pessoas, entre docentes, discentes, coordenadores de curso, profissionais de serviço e representantes de entidades parceiras, como o sistema COFFITO-CREFITOs, além das entidades participantes do FNEPAS¹⁰.

Como parte de sua missão estatutária e com compromisso de participar e articular as forças existentes no núcleo e no campo profissional, nos anos de 2005 e 2006, a ABENFISIO participou ativamente dos I e II Fóruns Nacionais de Políticas Profissionais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, promovidos pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO¹¹, momentos que foram discutidas questões envolvendo a organização político profissional, as práticas profissionais, mercado de trabalho, formação profissional, educação continuada e educação permanente. Desse encontro muitos temas foram encaminhados para a agenda estratégica da ABENFISIO, tornando-se pauta comum das entidades no campo da formação, como por exemplo, o fortalecimento das parcerias com as entidades representativas em defesa de uma graduação e pós-graduação afinadas com as políticas públicas de saúde e educação, entre outros encaminhamentos.

Temas fortemente debatidos nos encontros das profissões e dos Fóruns da ABENFISIO, para além das especificidades do núcleo de cuidado, foram e são as políticas públicas, particularmente, no estabelecimento de diretrizes para a atuação do fisioterapeuta no campo da saúde. A participação de estudantes, profissionais e docentes no Fórum da Fisioterapia na Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, em agosto de 2006, por ocasião do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública/8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO foi fundamental para consolidação do tema junto à Fisioterapia¹². As discussões nacionais sobre uma formação orientada para a integralidade da atenção e para o trabalho em equipe provocaram os profissionais e a entidade a chamar, em agosto de 2007, em Brasília/DF, o I Congresso Brasileiro de Fisioterapia na Saúde Coletiva - I CONAFISC. Com uma proposta de organização diferenciada e tendo como metodologia de trabalho as rodas de conversa, painéis, oficinas e plenárias, o CONAFISC iniciou e se consolidou como um eixo importante junto à ABENFISIO, mantendo-se até os dias atuais, responsável pela visibilidade da atuação do fisioterapeuta no campo da saúde coletiva.

Vale ressaltar que a Saúde Coletiva e as práticas interprofissionais são temas transversais em todas as ações da ABENFISIO, o que implica pautar continuamente as competências gerais previstas nas DCN e a Integração Ensino-Serviço-Comunidade e, especialmente, o trabalho em equipe e atenção à saúde na tentativa de garantir a integralidade do cuidado. As ações isoladas e coletivas da entidade envolvendo parcerias com as demais instituições representativas da profissão, bem como as associações de ensino da saúde que participam ativamente do FNEPAS, fortaleceram a ABENFISIO, que em um curto período de tempo, tornou-se reconhecida pelos órgãos governamentais e não governamentais. Em dezembro de 2006, após aprovação de um termo de cooperação entre FNEPAS e o Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) / Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES), a ABENFISIO participou, no Rio de Janeiro, de uma Oficina Experimental que estabeleceu como meta, oficinas de produtos e de formação/sensibilização envolvendo representantes regionais e demais membros loco-regionais das associações de ensino na saúde. Com início em março de 2007, foram realizadas 23 oficinas regionais com aproximadamente 4.000 participantes, com atuação destacada da ABENFISIO. As oficinas foram desenvolvidas com organização local, representação multiprofissional e tiveram como público-alvo docente, estudantes, dirigentes, profissionais e usuários dos serviços de saúde, bem como dirigentes de instituições formadoras. A presença de representantes da ABENFISIO, participando desses eventos, promoveu a aproximação de vários docentes de cursos de Fisioterapia da associação, favorecendo a capilarização da entidade no interior dos estados em que ocorreram as oficinas. Marca o histórico da ABENFISIO sua efetiva participação na Oficina FNEPAS de Avaliação 2007 e Planejamento 2008, ocorrida em março de 2008 com proposta de sistematizar e avaliar as experiências, os resultados alcançados, analisar pontos fortes e fragilidades identificadas no decorrer de 2007. A oportunidade para a reflexão conjunta em torno do tema da integralidade, considerado central para a inovação das práticas e da formação em saúde, e a construção de um repertório mínimo compartilhado que subsidie a realização de oficinas e outros movimentos de aproximação regional entre as diferentes profissões da saúde foram

os aspectos destacados pelos participantes. Ainda decorrente da participação junto ao FNEPAS, a ABENFISIO discutiu os novos rumos sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, compondo, juntamente com outros segmentos interessados na formação em serviço, as Câmaras Técnicas da Residência Multiprofissional¹⁰.

Em sua relação com o Ministério de Educação/ MEC, a ABENFISIO vem se destacando pelo efetivo e necessário diálogo junto a Secretaria de Educação Superior - SeSu, buscando um espaço em defesa de qualidade do ensino nas instituições públicas federais de ensino superior (Ifes) e no acompanhamento da supervisão das instituições privadas de educação. Destacamos a dificuldade considerando a falta de um estudo sistemático sobre as condições de oferta de cursos, condições dos egressos, vinculação de trabalho, qualidade da formação dos fisioterapeutas, principalmente devido ao grande aumento na oferta de cursos de graduação, já apontado em um dos poucos estudos sobre o tema “A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde - 1991 - 2004”¹³. Os dados indicavam, em 2004, um aumento de 606,3% em relação ao número de cursos existentes em 1991, ou seja, dos 48 cursos cadastrados em 1991, passou-se para 339 cursos de fisioterapia cadastrados, em 2004. Em 2011 observou-se 450 cursos cadastrados junto ao MEC¹⁴. Esse crescimento na oferta de cursos e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde que permitiu considerável expansão do setor com aumento dos empregos na área estão no foco de novos estudos sobre os quais a ABENFISIO deverá se debruçar nos próximos dois anos, numa ação conjunta entre FNEPAS, COFFITO e RENETO.

Marcada positivamente, a participação da ABENFISIO junto ao MEC, teve especial destaque na defesa da Carga Horária Mínima e Tempo de Integralização dos Cursos da Saúde. Em abril de 2009, após várias audiências públicas e encaminhamentos de estudos e documentos, o CES aprovou, por defesa das instituições representativas, a Carga Horária Mínima de 4000 horas, hora aula de 60 minutos e o tempo de integralização de 5 anos para os Cursos de Fisioterapia¹⁵.

Junto ao Instituto Nacional de Estudos Anísio Teixeira - INEP/MEC, o diálogo tem sido marcado pela participação de associados na Comissão de Especialistas, na elaboração do ENADE, no acompanhamento dos SINAES e na proposição de uma capacitação de avaliadores que qualifique os profissionais para as Diretrizes Curriculares Nacionais e para a efetiva consolidação de uma formação articulada com o contexto saúde e pautada pela realidade das pessoas.

No ano de 2009, ocasião em que se comemorou 40 anos de regulamentação da Fisioterapia no Brasil, houve uma ampla reflexão sobre a construção histórica da profissão e sobre o processo de formação profissional. Uma programação diversificada foi cuidadosamente preparada, com atividades que se propuseram à troca de experiências, ao debate, à reflexão, ao (re)encontro e, principalmente, à expansão do trabalho da Associação de ensino em todo o território nacional. Neste ano, 2009, buscou-se avançar das seis Seções Estaduais existentes, para alcance das regiões Norte e Nordeste, com menor representatividade, buscando-se atingir todos os estados e municípios brasileiros onde havia cursos de Fisioterapia. Neste período foi realizada a primeira oficina FNEPAS/ ABENFISIO com os participantes do XIX Fórum Nacional da ABENFISIO, visando principalmente à participação dos docentes de Fisioterapia das regiões Norte e Nordeste e dos estados que ainda não haviam organizado suas seções estaduais, como Minas Gerais, Paraná, Espírito Santo, Goiás e Tocantins.

Atualmente a ABENFISIO conta com representação em todo território nacional, com Seções e Delegacias Estaduais, sendo a entidade legal e legítima para representar os interesses relativos à graduação em Fisioterapia, além de propor e apoiar políticas que garantam a qualidade e a excelência do Ensino em Fisioterapia em todos seus níveis, sempre em acordo com a realidade nacional e com as políticas públicas de educação e saúde. Também, dentre as prioridades de ação, encontram-se o auxílio na criação, revisão e adequação de Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação e a celebração de convênios, acordos, contratos ou ajustes com entidades públicas ou privadas, nacionais ou não, para a realização de seus objetivos.

Ao longo dos 13 anos de existência, sempre adotando uma postura educativa e propositiva, coletivamente consensuada, foram realizados mais de 23 Fóruns Nacionais, mais de 30 Fóruns Estaduais e mais de 30 oficinas regionais, envolvendo docentes, estudantes, profissionais de serviço e usuários. Outro espaço consolidado na ABENFISIO, que ocorre desde sua criação e também constitui parte de nosso desenvolvimento enquanto instituição e profissão, é o Fórum de Coordenadores de Curso de Graduação em Fisioterapia, espaço de encontros reflexivos e propositivos entre os coordenadores que vem contribuindo para o movimento de reformulação de currículos, avaliação de curso, estabelecimento de diretrizes para estágios e práticas de ensino, entre outras ações.

Atualmente a ABENFISIO têm sócios e representantes em todos os estados brasileiros, atua e tem representação e participação junto ao Conselho Nacional de Saúde/MS, à Rede Unida, desenvolve projetos em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde/ MS, especialmente por intermédio da SEGEP e SGTES, tendo ampliado o número de associados e ações. Sua *homepage*: www.abenfisio.com.br já está *on line* desde 2006.

O ano de 2014 é marcado na história da ABENFISIO pelas participações nas ações coletivamente propostas, pelos convênios instituídos com o Ministério de Saúde e parcerias com o Ministério de Educação, pela ratificação de sua presença junto ao FNEPAS

e, particularmente, pelo lançamento em mais uma parceria com a Rede Unida, de sua revista científica: *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia* que se propõe a divulgar, provocar e disseminar conhecimentos produzidos na e para a área da saúde, com especial atenção aos temas vinculados à formação de profissionais de nível superior em saúde. É a ABENFISIO que, aprendendo a aprender, assume mais uma frente de trabalho com maturidade e responsabilidade.

Referências bibliográficas

1. Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia. ABENFISIO. Ata de fundação. [Documento digitalizado]. Salvador, 16 de outubro de 1999.(Ata)
2. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO. Estatuto da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. São Paulo. 2006.(Estatuto)
3. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. MEC. Edital nº 4 /97. 1997[acesso em 10 mai 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>
4. Almeida, M. (org.) Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. Paraná: Rede UNIDA. Paraná, 2003.
5. Rocha VM et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. *Fisioterapia Brasil*, 2010; 11 (5): 4-8.
6. Rocha VM; Centurião, CH. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: Fraga AB; Wachs F.(org.). *Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007. 17-31. ISBN 978-85-7025-929-5.
7. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. MEC. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia Resolução CNE/CES 4/2002, Diário Oficial da União, 4 de março de 2002, Seção 1, pág.11.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde/MS/SGTES/DEGES*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Rocha VM et al. Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia. Relatório Técnico. OPAS/DEGES/MS-ABENFISIO. Brasília/DF, 2007.(Relatório)
10. Rocha VM et al. Movimento Associativo e Educativo da Fisioterapia - ABENFISIO e o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde - FNEPAS. Caderno FNEPAS. ISSN: 2237-4175. V2. Jan 2012.p 18-24.
11. Rocha VM, Araújo FRO, Ferrari FP. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. I Fórum Nacional de Políticas Profissionais da Fisioterapia. Relatório Técnico. Comissão de Ensino do COFFITO. Brasília,DF, 2006. (Relatório)
12. Rocha VM. Memória do Fórum da Fisioterapia na Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, agosto de 2006. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública/8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO. [documento digitalizado]. (Relatório)
13. BRASIL. Ministério de Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. Haddad AE et al.(org.) *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde - 1991 - 2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, 2006.15 v. ISBN 85-86260-12-6.
14. Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia - ABENFISIO. Instituições Fisioterapia no Brasil. Dados MEC/2012.[acesso em 17 mai 2014]. Disponível em: <http://www.abenfisio.com.br/2012/instituicoes.html>
15. BRASIL. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009. [acesso em 05 abr 2014]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERDISCIPLINARIDADE - A PRODUÇÃO DE CUIDADO NAS PRÁTICAS CORPORAIS

Public health policies, primary care and interdisciplinarity - care production in physical practice

Mírian Ribeiro Conceição

Mestre. Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e do Projeto Região Oeste da FMUSP - São Paulo.
E-mail: mirianrcon@gmail.com.

Cassio Couto Moraes

Especialista. Educador Físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e do Projeto Região Oeste da FMUSP - São Paulo.
E-mail: calciomack@gmail.com.

Michelle Lisidati Franchini

Mestranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e do Projeto Região Oeste da FMUSP - São Paulo.
E-mail: mi.franchini@ig.com.br

CONTATO

Mírian Ribeiro Conceição

Endereço: Rua Constance Mayer, 188 - CEP:05372-130 - Jd. Ester. São Paulo - SP,
E-mail: mirianrcon@gmail.com

O presente artigo trata-se de um relato de experiência que objetiva refletir sobre a atuação interdisciplinar de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física, na Atenção Primária em Saúde, na produção do cuidado nas práticas corporais. Para tal, traçou-se um percurso de contextualização de políticas de produção de cuidado, bem como, a inserção destes profissionais na saúde pública em modelos interdisciplinares. A atuação neste modelo possibilita, então, a construção de olhares ampliados para indivíduos e territórios, bem como, para as ações desenvolvidas e suas potencialidades enquanto cuidado biopsicossocial, garantindo assim o exercício e a efetivação da Clínica Ampliada e o cuidado integral.

Palavras-Chave:

comunicação interdisciplinar, políticas públicas de saúde, atenção primária à saúde

Abstract:

This article comprises a report on an experience that aimed to reflect on interdisciplinary physiotherapy, occupational therapy and physical education actions within primary healthcare, to produce care relating to physical practices. For this purpose, the contextualization of care production policies and deployment of professionals within the public healthcare system through interdisciplinary models were outlined. Actions implemented through such models thus allows construction of an expanded view of individuals and territories, along with the actions developed and their potential as biopsychosocial care, thereby ensuring that expanded and comprehensive clinical care are implemented and made effective.

Keywords:

Interdisciplinary Communication , public health policies, primary care.

INTRODUÇÃO

A mudança no modelo de atenção à saúde, pensada na Reforma Sanitária, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS)¹ como política que preconiza e predispõe a transformação do cuidado baseado em intervenções médicas centradas na doença. Assim, a Estratégia de Saúde da Família é implementada para substituição e desconstrução de um modelo assistencial individualizado, para o entendimento do sujeito de forma singular em seus processos de saúde e doença.²

Estabelecido desde 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) vale-se dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção na construção do cuidado não fragmentado e curativo, no desenvolvimento de ações intersectoriais e interdisciplinares. Deste modo, em definição Ministerial, 1997, o PSF é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária.³

A Atenção Básica em Saúde, então, surge como dispositivo organizador do cuidado integral, na lógica da assistência primária à saúde com a diminuição de agravos e primordialmente focalizada na saúde dos sujeitos e territórios.

Como estratégia para nortear as ações que ampliam o conceito de saúde, o governo cria a Política Nacional de Promoção de Saúde que apresenta dentre alguns de seus objetivos específicos: contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde; estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; e valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.⁴

Além disto, na composição das mudanças paradigmáticas de cuidado na saúde pública, a Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008⁵, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, e apoiar a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da atenção básica; mas também institui dentro de suas diretrizes atuação interdisciplinar⁶, na inserção de novos profissionais da saúde e no fomento da Clínica Ampliada.⁷Deste modo, para tal, Minayo⁸ 2010, pontua que:

Do ponto de vista metodológico, a prática da interdisciplinaridade possui momentos próprios da definição

compartilhada do objeto; momentos específicos do refinamento disciplinar; a discussão da articulação conjunta dos instrumentos; as análises disciplinares dos dados que demandam a compreensão e a interpretação específica, ou seja, de cada área; e a articulação interfertilizada das diferentes contribuições disciplinares de tal forma que o “objeto pensado” seja único e compreendido e interpretado em suas múltiplas dimensões. Assim, o resultado é único e coletivo de resposta à pergunta inicial. A racionalidade desse trabalho é sua busca de articulação de pessoas, de teorias, de conceitos e de triangulação de perspectivas e métodos. Sua ética é o compromisso com a busca de clarificação da verdade, o tanto quanto possível.

Adoção de postura interdisciplinar em um programa de atividades corporais, na atenção primária, significa pensar em sua aplicação no contexto educativo, com características próprias e com o objetivo de desenvolver conhecimentos, competências, atitudes e valores socialmente relevantes. Deste modo, suplanta o objetivo de prevenção e promoção à saúde. Transforma a busca pela interdisciplinaridade em um desafio diário, voltado à construção e reconstrução de novos saberes, à ressignificação de princípios e metodologias e à revisão de posturas frente aos processos de trabalho e cuidado. A concretização da interdisciplinaridade por meio da integração das pessoas e dos saberes inclui uma dimensão institucional garantidora de mecanismos democráticos de gestão que favoreçam o encontro, o diálogo e a participação de todos no processo de reflexão e de decisão sobre o trabalho.

A opção pelo trabalho interdisciplinar é entendida como uma forma de interação entre as diversas áreas de conhecimento na busca de uma compreensão mais global, evitando-se a abordagem fragmentada que ocorre quando a contribuição das áreas para essa compreensão se dá de forma isolada ou pela simples justaposição de conhecimentos.⁹

As práticas corporais ganham o foco deste relato na atuação interdisciplinar de Fisioterapia, Educação Física e Terapia Ocupacional. Questão epidemiológica mundial, o sedentarismo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰, nas últimas décadas, acomete cerca de 70% da população mundial. As práticas de atividades físicas, então, auxiliam na diminuição dos fatores de risco causadores de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, obesidade, colesterol entre outras, e que foram responsáveis, no Brasil, por 72% das mortes ocorridas em 2007¹¹. Esta relevância faz com que seja

preconizada pela política nacional a inserção de atividades físicas no cotidiano das unidades, como forma complementar das intervenções no cuidado, na prevenção e promoção de saúde.

As práticas corporais, principalmente, na terceira idade, possuem também o foco de intervenção na consciência corporal como importante dispositivo de autopercepção do idoso. A consciência corporal se estrutura por meio da noção de imagem do corpo e dos meios de ação que se estabelecem com a percepção, a memória e a formação do esquema corporal - intérprete ativo e passivo da imagem do corpo. A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas por meio das sensações erógenas eletivas, arcaicas e atuais.¹²

Cada indivíduo desenvolve características corporais em relação à forma e movimento, de acordo com o seu contexto social, sua história familiar, suas experiências emocionais, sua bagagem cultural e seu contato com atividades físicas. Desta forma, produzir um estado de consciência da influência destes aspectos sobre o resultado final, que seria o indivíduo, requer um aprendizado como que de um novo alfabeto, um alfabeto do movimento e suas correlações com a forma, formas espaciais e formatos de estruturas psíquicas relacionadas com a construção de estruturas corporais. Deste modo:

Toda pessoa tem um corpo com uma organicidade e anatomia singular composto por processos físicos, fisiológicos, bioquímicos e genéticos que o caracterizam. Mas, além disso, toda pessoa tem um corpo vivido, que é muito diferente do corpo estudado na Anatomia, na Biologia e na Bioquímica. Cada um tem uma relação com o próprio corpo que envolve história pessoal, pontos de exteriorização de emoções, formas de ocupar o espaço e de se relacionar com o mundo. O corpo é ao mesmo tempo dentro e fora de mim, podendo ser fonte de segurança e orgulho, ou de ameaça e medo.¹³

A maior estimulação corporal e sua consciência podem apresentar alterações nos processos de envelhecimento e suas implicações. Por meio deste primeiro contato, e como extensão do entendimento do sujeito integral, apresenta-se a demanda de intervenções que também pode contemplar os aspectos da cognição, como memória, atenção, coordenação motora. Assim, por meio de composições com atividades de caráter lúdico, bem como, atividades que permitam integração fisiopsíquica de quem as realiza.

As possibilidades de associação entre algumas formas de intervenção, compostas por olhares heterogêneos de uma equipe interdisciplinar propiciam um cuidado integral à saúde com foco não apenas em ações reabilitadoras, mas também promo-

toras e preventivas à saúde. As intervenções em grupo ainda possibilitam a inserção social do sujeito, a criação de redes de suporte social, bem como, o enraizamento e o pertencimento à comunidade.

Deste modo, o espaço de cuidado em grupo passa a ser lugar singular do indivíduo e do coletivo, que ali está responsabilizado pelo seu próprio cuidado, a possibilidade de apropriação pelos sujeitos do espaço de cuidado, faz com que não apenas realizem as atividades, mas ressignifiquem seu entendimento quanto à própria saúde e possam em cada encontro repensar outras ações também realizadas na unidade.¹⁴

Sendo assim, buscou-se refletir sobre a atuação interdisciplinar de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física na Atenção Primária em Saúde, na produção do cuidado nas práticas corporais.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

As experiências aqui referidas localizam-se no Distrito Raposo Tavares, sob administração da Subprefeitura do Butantã, na Zona Oeste da cidade de São Paulo, no território de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e a Fundação Faculdade de Medicina da USP. A região possui 100.164 habitantes, e encontra-se na composição de ampliação da plataforma de ensino da FMUSP - Projeto Região Oeste - PRO, na atenção primária em saúde, com programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade, Programas de Educação pelo Trabalho - PET, estágios curriculares, entre outros. A contextualização da atuação da equipe NASF, lotada nas UBS Jardim São Jorge e UBS Paulo VI, faz-se relevante, pois sua atuação sofre influências diretas da intersecção ensino-pesquisa-assistência. Deste modo, o NASF-PRO apresenta em sua constituição especificidades para que sejam contempladas a tríade da formação profissional e a produção de conhecimento ligada à universidade, e à assistência à população.

O presente relato discorre sobre os espaços coletivos de produção de cuidado, na composição interdisciplinar dos profissionais de Fisioterapia, Educador Físico e Terapeuta Ocupacional, dentre eles estão: grupo de caminhada, grupo de gestante com hidroginástica, grupo de dança circular, grupo de dança aeróbica, grupo de alongamento, grupo de fortalecimento muscular. Os encontros são semanais e acontecem em espaços da comunidade, frequentados por um número médio de 35 participantes, de diferentes faixas etárias, em sua maioria mulheres, com idade superior a 40 anos.

As práticas corporais dialogam, no entendimento do corpo, como organismos vivos que interagem de forma contínua com o meio ambiente, nele interpretam-se vivências e produzem-

-se impressões de uma cultura corporal restritiva, inibidora e repressora. A ampliação dos repertórios de movimentos atua na descoberta de novas possibilidades corporais, com abordagem interdisciplinar na composição de diferentes saberes sobre este mesmo objeto - o corpo - criam-se intervenções que viabilizam junto ao usuário estabelecer contato com o próprio corpo, perceber sensações e desenvolver aptidões por meio do movimento, levando para além desse espaço novas formas de ser e estar no mundo.

Ainda, é importante ressaltar que os grupos entram como composição de intervenções nos Projetos Terapêuticos Singulares discutidos em reuniões de apoio matricial, possuem significativa função nas ações de reabilitação de disfunções osteomusculares, no ganho de amplitude e força muscular nos usuários com sequelas de acidente vascular encefálico, entre outros, haja vista que sua coordenação seja realizada por profissionais de diferentes formações, os quais propiciam um cuidado integral e qualificado para as diferentes demandas do grupo.

IMPACTOS

A atuação interdisciplinar, aqui referida, na produção de cuidado na atenção básica possui sua maior intersecção no objeto disparador - o corpo. Deste modo, nas diferentes formações, a composição das disciplinas resulta em olhares múltiplos para este mesmo objeto - o corpo desempenho, o corpo habilitado, o corpo reabilitado, o corpo pensante, o corpo pulsátil, o corpo contextualizado, o corpo vivido, o corpo de dentro e de fora dos indivíduos.¹³

Cuidar e entender o corpo em seu fazer, nas potências do ato e na produção de novos lugares, na invenção e reinvenção de novas práticas, o corpo singular e relacional¹⁵ é interstício das diferentes disciplinas. O diálogo entre as categorias profissionais produz na intervenção ressignificações dos sujeitos, das relações, em possibilidades de estar em grupo, e em corpo. Entre as incapacidades e adaptações, entre o eu, o outro e o mundo. Olhares que percorrem posturas, movimentos, percepções e autopercepções, e encontram intersecção pelo ganho de força, amplitude, mobilidade e tônus.

A construção da clínica ampliada, dialogada com os princípios do SUS, e a composição das ações interdisciplinares, apresentam como resultado intervenções integrais de cuidado, que propiciam acolhimento às diferentes demandas, tanto coletivas, quanto singulares.⁷As ações de promoção da saúde, com as práticas corporais, ganham relevância, no que tange não apenas ao bem-estar físico, como também às redes de suporte social e à promoção de saúde mental, sendo, portanto, uma prática de integração fisiopsíquica. O compartilhamento entre

profissionais da reabilitação e o educador no desenvolvimento das práticas corporais permite a incorporação dos grupos nos projetos terapêuticos singulares que objetivam processos de reabilitação, por meio de adaptações às atividades desenvolvidas para os coletivos, bem como, a ampliação dos repertórios de atividades dos grupos. A criatividade das propostas pelo amplo repertório acaba por gerar assiduidade e adesão às intervenções grupais, com média de 40 pessoas participantes.

A dimensão institucional e política no cuidado interdisciplinar encontra diferentes embates no cotidiano dos serviços.⁹ A mudança paradigmática, ainda em processo, imprime resistências nas atuações compartilhadas. Sistemas de produção e Informação, não reformulados para as práticas atuais, dialogam com procedimentos, quantidades, em metas numéricas de cuidado. As subjetividades e produção de cuidado por meio de tecnologias leves são um desafio cotidiano de atuação. A garantia de políticas que validem ações interdisciplinares fomenta e fortalece as trocas de saberes, horizontaliza as relações e enriquece a práxis cotidiana.

Por fim, como resultado destas ações integrais de cuidado, temos: melhora nas queixas de dores e entre outros sintomas de patologias osteomusculares; melhora na organização espacial e consciência corporal; perda de peso; maior corresponsabilização dos usuários sob sua saúde com influência direta na adesão; a conformação do grupo enquanto unidade representativa de apoio e suporte sociais; discussão de temas livres que permitem acesso à informação e educação popular quanto à participação social em processos de saúde e doença, situação territorial quanto à vulnerabilidade e violência; a inclusão das práticas corporais nos projetos terapêuticos nos quais se objetivam os cuidados em saúde mental e promoção de cultura de paz; e por fim, por meio do apoio matricial conseguimos, ao discutir os casos, com a integralidade das ações realizadas, fomentar a Clínica Ampliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações interdisciplinares pautadas no cuidado integral dos usuários possibilitam intervenções de qualidade que colocam em prática alguns dos princípios preconizados pelo SUS na promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Contudo, como principal desafio encontra-se o constante exercício de articulação das diferentes esferas que influenciam a interdisciplinaridade. Confrontos no cotidiano do trabalho com políticas efetivam-se em tempos diversos, bem como, a dimensão institucional garantidora de mecanismos democráticos de gestão que favoreçam o encontro, a horizontalidade e o compartilhamento dos saberes.

Para tal, o arranjo interdisciplinar de atuação exige a produção de clínicas, que não requer apenas condutas que estejam na prática cotidiana o embate da emergência de saberes dados, de relações de poder, de normatização do cuidado, mas

que singularizam, empoderam e valorizam o indivíduo em todas as suas extensões. Clínica esta só possível na composição de olhares múltiplos, na construção da práxis da interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

- 1 Lei orgânica da saúde, Lei 8080 (19 de setembro de 1990).
- 2 Paim JS. Reforma Sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica, Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde, Saúde da família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Política nacional de promoção da saúde, Secretaria de atenção à saúde. 3. ed. Brasília; 2010.
- 5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, Portaria GM Nº 154 (24 de janeiro de 2008).
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Brasília; 2010.
- 7 Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada, Secretaria de atenção à saúde, Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília; 2009.
- 8 Minayo, MCS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. Revista Emancipação. 2010; 10(2): 435-442.
- 9 Hassenpflug WN. Educação pelo esporte. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2004.
- 10 Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003. p. 320-327.
- 11 Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. [acessado em 01/05/2014]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.
- 12 Paim FF, Krueel CS. Interlocução entre Psicanálise e Fisioterapia: conceito de corpo, imagem corporal e esquema corporal. Revista Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32(1): 158-173.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília; 2013.
- 14 Santos, M. A Natureza do espaço. São Paulo: Edusp; 2008.
- 15 Rocha EF. Do corpo orgânico ao corpo relacional: uma proposta de deslocamento dos fundamentos e práticas de reabilitação da deficiência. [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1999.

IMPLANTAÇÃO DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA BASEADO EM METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Implementation of a physiotherapy course based on active teaching-learning methodologies

Ricardo Goes de Aguiar

Mestre, Professor do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - campus Lagarto

Guilherme Rodrigues Barbosa

Mestre, Professor do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - campus Lagarto

Ana Maria Braga de Oliveira

Mestre, Professora e coordenadora do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - campus Lagarto

Ana Silvia Moccellin

Doutora, Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - campus Lagarto

Marcela Ralin de Carvalho Deda Costa

Doutora, Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - campus Lagarto

Neidimila Aparecida Silveira

Doutora, Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - campus Lagarto

CONTATO

Ricardo Goes de Aguiar

Campus Provisório da Universidade Federal de Sergipe em Lagarto - Colégio Estadual Prof. Abelardo Romero Dantas
Rua Padre Alvares Pitangueira, nº 248 - Centro - Lagarto - SE. 49.400-000
E-mail: ricardoaguiar@ufs.br

A implementação do Sistema Único de Saúde gerou a necessidade de se reorientar a formação de recursos humanos de maneira a atender o modelo de atenção à saúde proposto, indicando então um novo perfil profissional, que deveria ter “*formação generalista, humanista, crítica e reflexiva*”, que atendesse às mudanças de abordagem no processo saúde-doença, e estimulasse mudanças concretas nos projetos pedagógicos. A implantação do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe, em Lagarto, teve como justificativa a necessidade de formação integral e a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, próximo à realidade na qual atuarão os futuros profissionais. A estrutura curricular é formada por cinco ciclos com duração de um ano cada. Os espaços de ensino-aprendizagem que compõem o ciclo são: Sessão tutorial; Prática de Subunidade; Aprendizagem Autodirigida; Palestras; Habilidades e Atitudes e Práticas de Ensino na Comunidade. A organização curricular tem promovido a integração ensino-serviço, de maneira reflexiva, envolvendo os três níveis de atenção à saúde, estimulado a autonomia técnica e a capacidade de colaboração dos discentes. Espera-se que o relato dessa estrutura curricular de caráter inovador e propositivo, que vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais e do conceito amplo de saúde e doença, possa estimular a discussão dos modelos de formação, e colaborar para a implantação de propostas semelhantes, visando à formação de profissionais coerentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave:

Fisioterapia. Instituições de Ensino Superior. Educação. Aprendizagem Baseada em Problemas.

ABSTRACT

Implementation of the Brazilian National Health System has created the need to reorient human resource training so as to fulfill the healthcare

model proposed, thus indicating a new professional profile, with generalist, humanist, critical and reflective training that would meet the changes in approach towards the health-disease process and stimulate concrete changes in pedagogical projects. Establishment of the physiotherapy course at the Federal University of Sergipe in Lagarto was justified by the need for comprehensive training and connection between education, research, extension and assistance, close to the real situation within which the future professionals will act. The curriculum structure consists of five cycles, each with a duration of one year. The teaching-learning spaces that make up these cycles are: tutorial sessions; subunit practice; self-directed learning; lectures; skills and attitudes; and education practices in the community. Curricular organization has promoted university-service integration in a reflective manner, involving all three healthcare levels and stimulating students' technical autonomy and collaborative capacity. It is hoped that this report on an innovative and propositional curricular structure, which is in line with the national curriculum guidelines and the broad concept of health and disease, will stimulate discussion of training models and will collaborate towards implementation of similar proposals, with the aim of training professionals coherently with the national curriculum guidelines and with strengthening of the Brazilian National Health System.

Keywords

physiotherapy, higher education institutions, education, problem-based learning.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) gerou a necessidade de se reorientar a formação de recursos humanos de maneira a atender o novo modelo de atenção à saúde proposto e ir ao encontro dos interesses da sociedade. Esse contexto, tornou imperativo discutir e reformular as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde^{1,2}.

A partir do debate que envolveu instituições de ensino superior, conselhos de classe e outras entidades, foi proposto um novo perfil profissional para o fisioterapeuta, que deveria ter “*formação generalista, humanista, crítica e reflexiva*”, que atendesse às mudanças na abordagem no processo saúde-doença, e estimulasse mudanças concretas nos projetos pedagógicos para o ensino da Fisioterapia³.

Em consonância com as DCN, o curso de graduação em Fisioterapia, do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, da Universidade Federal de Sergipe (UFS), foi planejado com a justificativa da necessidade de formação integral de profissionais de saúde com articulação entre ensino, pesquisa, extensão

e assistência, próxima à realidade a ser encontrada pelos futuros profissionais, que atuarão como agentes dinâmicos, críticos e modificadores, com ênfase no coletivo e no SUS. Além da necessidade de fortalecer a descentralização e a interiorização de programas de saúde, da gestão do SUS, reorientar as práticas de saúde para a integralidade da assistência e implementação do controle social. Enfim, um curso baseado na necessidade de se definir um projeto pedagógico solidário, funcionando como agente de mudança social e integração com outros agentes⁴.

A implantação do referido campus ocorreu em um momento peculiar, no qual a UFS assumiu o compromisso de cumprir a política do governo federal de ampliar o acesso da população ao ensino superior público no país. Essa expansão se deu no contexto de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)⁴.

O campus foi planejado exclusivamente com cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional) e teve como diferencial a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em especial a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização.

A adoção desses métodos inovadores se deve ao reconhecimento deles enquanto estratégias que possibilitam ao discente utilizar diferentes processos mentais, como a capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar e avaliar, e desenvolver habilidade de assumir responsabilidade por sua própria formação. O conteúdo a ser aprendido e apreendido pelo discente poderá ter origem em situações cotidianas de sua vida ou prática em serviço, para tornar a aprendizagem significativa, com estímulo ao desejo de se aprofundar no tema (habilidades autodidatas), além de desenvolver atitude profissional crítica e reflexiva⁵. Em acordo ao que preconizam as DCN, que no caso da Fisioterapia, sugerem no artigo 9º que: “... *deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem*”³.

A escolha do município de Lagarto ocorreu por razão estratégica, pois o município está localizado na região centro-sul do estado e exerce influência não apenas nessa região, mas sobre municípios de estados vizinhos, em especial o da Bahia⁴.

O presente artigo tem como objetivo apresentar o curso de graduação em Fisioterapia da UFS - Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho (Lagarto - SE) que possui uma proposta inovadora de metodologia de ensino-aprendizagem, valoriza a formação e atende ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A estrutura curricular é formada por cinco ciclos com duração de um ano cada. O primeiro ciclo é comum para os discentes dos oito cursos do campus, o que potencializa a construção de experiências interdisciplinares. A partir do segundo ciclo, os discentes continuam as atividades acadêmicas nos cursos que escolheram ao candidatarem-se ao ingresso na universidade.

Cada ciclo é dividido em subunidades práticas e teóricas, contextualizadas à prática profissional, e tem foco de aprendizagem que segue o nível crescente de complexidade do exercício profissional. A disposição das subunidades curriculares bus-

ca assegurar progressiva autonomia intelectual e profissional ao discente, além de garantir a distribuição da carga horária, conforme as DCN para o curso de graduação em Fisioterapia. Assim, os objetivos de aprendizagem são cumulativos e considerados na abordagem do desenvolvimento pessoal e profissional do discente.

Ao iniciar o ano letivo, o discente toma ciência da semana padrão, exemplificada no Quadro 1, que contém a organização de todas as atividades realizadas durante a semana, incluído também um horário protegido para estudo, denominado Aprendizagem Autodirigida (AAD).

Quadro 1 - Exemplo de semana padrão dos discentes do Curso de Fisioterapia do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho.

SEMANA PADRÃO					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7:00		AAD			AAD
8:00	PS	TUTORIAL	HABILIDADES	PEC II	TUTORIAL
9:00	PS	TUTORIAL	HABILIDADES	PEC II	TUTORIAL
10:00	PS	TUTORIAL	HABILIDADES	PEC II	TUTORIAL
11:00	PS	AAD	HABILIDADES		PALESTRA
12:00	AAD	AAD	AAD		PALESTRA

Legenda: PS: Prática de Subunidade; AAD: Aprendizagem Autodirigida; PEC: Práticas de Ensino na Comunidade.

Levando-se em consideração que a aprendizagem exige a compreensão e apreensão de conteúdo pelo discente, é necessária a construção de uma rede, por meio da qual o novo conhecimento apreendido pelo discente se amplie e modifique o sistema inicial a cada contato⁶. Dessa forma, os espaços de aprendizagem presentes no curso de Fisioterapia, do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho, são estruturados de maneira processual, com ambiente de integração e aprendizagem significativa⁷. Na sequência tem-se a descrição desses espaços de aprendizagem:

Sessão tutorial

As sessões tutoriais são facilitadas por um docente do curso, o tutor, das quais participam até doze discentes por grupo, por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). O objetivo dessas sessões é a reflexão a partir de um problema, abordagem do cuidado individual e coletivo, da gestão e pesquisa aplicada, com os propósitos de facilitar ao discente a agregação de conhecimentos e autonomia, além de qualificar e instrumentalizar as equipes e serviços de saúde nos quais o discente esteja inserido para que intervenham sobre a realidade.

A metodologia dessas sessões contempla situações de conteúdo e abstração coerentes com a fase do aprendizado e o ciclo de discussão em torno de um mesmo problema ocorre em dois momentos (abertura e fechamento), no total de três horas.

Na abertura, os discentes organizam suas ideias baseadas no conhecimento prévio acerca do tema, a partir do livre debate no sentido do reconhecimento das questões referentes ao problema e da elaboração de propostas de solução (hipóteses), para, então, construir os objetivos de aprendizagem. Em seguida, eles têm cerca de três dias para responder às questões de aprendizagem por meio de estudos autodirigidos, utilizando a biblioteca, recursos informatizados e laboratórios, além de consultorias técnicas e didáticas. No início de cada subunidade são disponibilizados os nomes dos consultores e endereço eletrônico para contato.

No encontro seguinte, o fechamento do problema, os discentes exploram os objetivos de aprendizagem pré-estabelecidos, e integram os novos conhecimentos ao conteúdo apresentado pelo problema com fundamentação teórica consistente.

Prática de Subunidade (PS)

Após o fechamento do problema na sessão tutorial, são programadas atividades práticas realizadas em cenários de aprendizagem condizentes com a temática discutida, tais como serviços de saúde, laboratório morfofuncional e de informática. Na PS são utilizadas diferentes metodologias ativas na abordagem do conteúdo de modo integrado e que mantenha o discente como protagonista do processo de ensinagem.

Aprendizagem Autodirigida (AAD)

Trata-se de carga horária reservada para estudo individual e em grupo; para buscar auxílio junto a consultores; desenvolver o trabalho de conclusão de curso, enfim, atividades que lhe permitam agregar conhecimentos e informações úteis à sua formação pessoal e profissional, e à sua participação nas equipes e serviços de saúde, bem como nos espaços de participação popular.

Palestras

Caracterizam-se por atividades expositivo-participativas propostas com o objetivo de complementar e/ou reforçar os conteúdos abordados nos espaços de aprendizagem. São facilitadas por profissionais com notório saber no tema específico.

Habilidades e Atitudes

Habilidades e Atitudes é uma subunidade presente do primeiro ao quarto ciclo, uma vez que no quinto ciclo o discente estará envolvido somente nas práticas supervisionadas e trabalho de conclusão de curso. No primeiro ciclo, essa subunidade chama-se *Habilidades e Atitudes em Saúde*, pois discentes de diversos cursos participam juntos das mesmas atividades. A partir do segundo ciclo, passa a se chamar *Habilidades e Atitudes em Fisioterapia*, cuja maior parte dos conteúdos se refere à prática clínica específica do fisioterapeuta. Assim como em PS, não se utiliza uma única metodologia ativa, o que possibilita que diversas estratégias de ensino-aprendizagem sejam aplicadas, a depender do objetivo da atividade proposta, mantendo o discente com o papel central no processo ensino-aprendizagem e o professor como facilitador.

Nesse espaço de aprendizagem, espera-se que os discentes adquiram competências necessárias à realização de avaliação e elaboração do diagnóstico cinesiológico-funcional, levam-se em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos. Os alunos também se tornam aptos a elaborar intervenção fisioterapêutica condizente com os dados obtidos na avaliação, e a estimular cuidados preventivos, uma vez que as atividades desenvolvidas abrangem diversos cenários de práticas e níveis de atenção à saúde. Além dessas competências, ressalta-se a importância da habilidade de comunicação entre os atores envolvidos.

Os discentes ainda são orientados a adentrar no universo da pesquisa e a compreenderem que temas como metodologia científica e bioestatística são fundamentais para o crescimento técnico e científico do fisioterapeuta.

Práticas de Ensino na Comunidade (PEC)

A proposta adotada pelo campus Lagarto visa garantir a inserção precoce dos discentes na rede assistencial do município. Assim, desde o primeiro ciclo do curso, por meio das PEC, vivenciam a realidade de saúde da comunidade, o que permite conhecer o sujeito em seu contexto sociocultural, estabelecer vínculos pessoais e profissionais, identificar necessidades de saúde dos sujeitos e da comunidade⁸.

No decorrer do curso, transitam pelos três níveis da atenção à saúde, e vivenciam diferentes níveis de densidade tecnológica. Dessa forma, os discentes iniciam a vivência no campo da saúde e se apropriam do núcleo de competência e saberes profissionais do fisioterapeuta, compreendem seu papel e atuam em uma equipe de forma interdisciplinar. Busca-se formar um profissional apto a realizar avaliações e a elaborar plano terapêutico nas diferentes situações de saúde-doença, e que execute intervenção fisioterapêutica de acordo com os objetivos propostos na linha de cuidado. Além disso, há o estímulo para o desenvolvimento de pesquisas que contribuam com o aprimoramento do SUS.

Nessas atividades utiliza-se a metodologia da Problematização, fundamentada na pedagogia libertadora de Paulo Freire⁹, baseada na capacidade do discente em participar como agente de transformação social, durante o processo de detecção de problemas reais e de busca por soluções originais. A metodologia é descrita por Charles Maguerez como “Método do Arco” e inclui as seguintes etapas: observação, compreensão e coleta de dados da realidade; problemas encontrados e suas explicações; teorização; identificação das soluções e planejamento da intervenção; intervenção sobre a realidade; acompanhamento e avaliação da intervenção¹⁰.

A educação do profissional da saúde deve refletir sobre o homem em suas relações com o mundo, os conhecimentos humanos são mais do que o raciocínio sobre a realidade, mas fruto e fator modulador dessa. Devem ser resultantes da interação do sujeito (homem) com o objeto (mundo), nas “relações com a realidade e na realidade”¹¹.

Avaliações

Com a utilização de metodologias inovadoras torna-se necessário rever a forma de avaliar, que deve ser processual e enfatizar a participação, o envolvimento e o interesse dos discentes. Os alunos devem ser continuamente avaliados em seu desempenho cognitivo, atitudinal e psicomotor; o curso, em sua estrutura didático-pedagógica e curricular; o docente, em seu desempenho.

Utilizam-se avaliações formativas do processo ensino-aprendizagem, que possibilitam verificar se os objetivos de aprendizagem propostos foram alcançados no decorrer do processo e, se necessário, ajudam a traçar novas estratégias e intervenções. Além da avaliação pelo docente, os discentes avaliam o próprio grupo, o instrutor e ocorre a autoavaliação. Ao final do processo, essa avaliação assume o caráter somativo, juntamente com provas escrita e prática¹².

Em PEC, também é realizada a avaliação oral, na qual são utilizadas diferentes estratégias, como grupo de verbalização e grupo de observação. Ainda compõem o processo avaliativo dessa subunidade, a construção de diários de campo e oficinas de socialização. Esse é um momento de compartilhar com os outros grupos, professores, profissionais de saúde e comunidade, as atividades realizadas.

Em Habilidades e Atitudes é utilizada a avaliação prática em estações com tempo pré-determinado para execução do tipo *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE). No primeiro ciclo é denominada avaliação prática de habilidades e atitudes em saúde (APHAS), e a partir do segundo, avaliação prática de habilidades e atitudes em fisioterapia (APHAFISIO). São avaliadas habilidades clínicas, atitudes e comunicação entre os acadêmicos e os usuários do serviço, inclusive com ambientes com pacientes simulados¹³.

IMPACTOS

A organização das atividades em subunidades que progressivamente agregam diferentes níveis de complexidade favorece o amadurecimento dos discentes e docentes no que se refere a conhecimentos, reflexões, capacidade de questionamento e autoaprendizagem, além de propiciar autonomia profissional para a intervenção.

A integração entre os espaços de aprendizagem no curso e o aspecto do discente estar no centro do processo ensino-aprendizagem permitem, no decorrer do ano letivo, a construção de competências e habilidades condizentes com o novo perfil profissional exposto nas DCN do curso de graduação em Fisioterapia.

A inter-relação entre os conteúdos favorece uma aprendizagem significativa e o discente tem a possibilidade de envolver os aspectos do saber (conhecimento), saber como (conhecimento do processo), mostrar como (desempenho) e fazer (ação) concomitantemente, seguindo a classificação proposta por George Miller em 1990¹³. Uma vez que a sequência lógica de aprendizado seria teoria - prática na produção do conhecimento, por meio da reflexão-ação-reflexão¹⁴.

Em relação ao uso de metodologias ativas, a autora Berbel destaca a utilização dessas metodologias como um importante fator para a promoção da autonomia do discente⁵. No campus, o perfil discente autônomo tem sido flagrante em atividades como a estruturação do centro acadêmico, bem como na organização do I Simpósio de Fisioterapia. Os discentes também participam e apresentam trabalhos em eventos que discutem o ensino superior, como o Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, o Fórum Nacional de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Formação em Saúde e o Congresso Internacional da Rede Unida. Isso permite que eles protagonizem discussões maduras e comprometidas com a integração ensino-serviço-comunidade, e essa tem sido uma das maneiras de observar a proatividade e o envolvimento discente construídos por meio dos espaços de aprendizagem.

A utilização da metodologia da “Problematização” possibilita a construção coletiva do conhecimento, a partir de situações-problema identificadas pela vivência no serviço, em um esforço de construção de efetiva compreensão desta realidade, propicia a intervenção para modificá-la, além de preparar o discente para atuar como profissional e cidadão de forma crítica, reflexiva e sintonizada com as demandas sociais.

A organização curricular tem estimulado e incentivado a integração ensino-serviço, de maneira reflexiva, envolve os três níveis de atenção à saúde, visto que a equipe de saúde passa a compartilhar com o discente sua rotina e seus problemas, e permite que o aluno participe com mais autonomia técnica e capacidade de colaboração. Além disso, tem favorecido a formação de profissionais conhecedores da realidade e, sobretudo, de cidadãos críticos, conscientes de sua importância social e comprometidos com a resolução dos problemas de saúde das pessoas e da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo campus da saúde da UFS apresenta uma estrutura curricular de caráter inovador e propositivo que vai ao encontro das DCNs e do conceito amplo de saúde e doença. Esse modelo pode fortalecer a consolidação do SUS, incluir uma perspectiva de transformação social e econômica da população loco-regional, e contribuir com a ampliação e intensificação da interiorização da educação e da saúde.

Espera-se que esse relato de experiência possa estimular a discussão de modelos de formação e colaborar para a implantação de propostas semelhantes em outras localidades, que visem à formação de profissionais coerentes com as DCN.

REFERÊNCIAS

1. Holanda CMA, Dias AS, Lacerda DAL, Deininger JF, Ribeiro KSQS, Meira MM. A Fisioterapia desponta no cenário da saúde. In: Lacerda DAL, Ribeiro KSQS (org.). *Fisioterapia na comunidade*. João Pessoa, PB. 2ª ed.: UFPB/Editora Universitária; 2011. 354p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde (2007).
3. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNS/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília (2002).
4. Universidade Federal de Sergipe. Resolução do Conselho do Ensino, da Pesquisa e da Extensão nº. 12 (Fev 17, 2012).
5. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de discentes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. Londrina. 2011 jan/jun; 32(1): 25-40.
6. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP. *Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville, SC. 10ª ed.: Univille; 2012. p. 15.
7. Silveira NA, Barbosa GR, Aguiar RG, Santos AAS. Relato da experiência da implantação de metodologia ativa de ensino em cursos da saúde na Universidade Federal de Sergipe, campus de Lagarto. In: XXI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia. 2011 Rio de Janeiro, RJ. *Fisioterapia Brasil*. São Paulo, SP: Atlântica Editora. 2011; 12:124.
8. Barbosa GR, Santos AAS, Silveira NA, Aguiar RG. Práticas de ensino na comunidade a partir da metodologia da problematização. In: XXII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e III Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva. 2012 Brasília, DF. *Fisioterapia Brasil*. São Paulo, SP: Atlântica Editora. 2012; 13:154.
9. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Cortez; 1967.
10. Cyrino EG, Toralles-pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Publica*. Rio de Janeiro. 2004 mai/jun; 20(3): 780-8.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 43ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1999.
12. Silveira NA, Barbosa GR, Santos AAS, Aguiar RG. A avaliação do ensino-aprendizagem: relato de experiência no curso de fisioterapia da UFS - campus Lagarto. In: XXII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e III Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva. 2012 Brasília, DF. *Fisioterapia Brasil*. São Paulo, SP: Atlântica Editora. 2012; 13:179.
13. Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA. *Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina*. São Paulo, SP: Atheneu; 2012. 314p.
14. Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva R, Santos S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 56(54): 392-5.

AVALIAÇÃO FORMATIVA: PERCEPÇÃO DOS ESPECIALIZANDOS EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Formative assessment: perceptions of students specializing in primary family healthcare

Alessandro Diogo De-Carli

Doutor. Professor do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Vera Lúcia Kodjaoglanian

Mestre. Coordenadora do Curso de Especialização de Atenção Básica em Saúde da Família. FIOCRUZ - Mato Grosso do Sul;

Leika Geniole

Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Médica da Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande/MS.

Gisela Maria Azambuja de Oliveira

Especialista. Assistente Social da FIOCRUZ - Mato Grosso do Sul;

CONTATO

Alessandro Diogo De-Carli

Cidade Universitária s/nº, CEP: 79070-900, Campo Grande, MS - Brasil
E-mail: alessandrodecarli@hotmail.com

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos discentes do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Turma 1), a respeito do sistema de avaliação formativa utilizado no curso. Foram aplicados questionários a 318 respondentes. Os dados quantitativos, oriundos das respostas em escala Likert, foram submetidos à análise estatística descritiva, com utilização do *software* SPSS (versão 13.0). Para a abordagem dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise Temática. Em termos gerais, o grau de concordância dos respondentes em relação ao processo de avaliação formativa foi considerado alto (entre 6 e 7 em escala Likert), o que foi ilustrado pelas falas da análise temática. Os participantes da pesquisa reconheceram o sistema de avaliação formativa como instrumento inovador, coerente com a proposta pedagógica do curso e que incitou mudanças, principalmente na ajuda à tomada de decisões na Estratégia Saúde da Família, para um modo mais crítico de ver a realidade.

Palavras-chave:

Programa de pós-graduação em saúde; Avaliação formativa; Formação de recursos humanos

ABSTRACT

The aim of this study was to explore students' perceptions of the formative assessment system used in a specialization course on primary family healthcare (first group). Questionnaires were applied to 318 respondents. The quantitative data from responses on a Likert scale were subjected to descriptive statistical analysis using the SPSS software (version 13.0). Thematic analysis was used to treat the qualitative data. Overall, a high degree of agreement (from 6 to 7 on the Likert scale) was found among the respondents regarding the formative assessment process, as illustrated through thematic analysis on their discourse. The

study participants viewed the formative assessment system as an innovative tool consistent with the program's pedagogical aims, which encouraged changes, particularly in helping to make decisions within the family healthcare strategy, thus enabling a more critical view of reality.

Keywords:

postgraduate healthcare programs, formative assessment, professional human resources education.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tomou proporções que a conduziram de um patamar inicial que a abarcava como uma política de Governo para uma direção que a estabeleceu como política de Estado, tendo em vista o impacto que exerceu sobre os indicadores de saúde.¹⁻³

Nesse sentido, destaca-se que o eixo estruturante da ESF é composto pela conexão entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária (Básica) em Saúde (APS), daí a relevância do entendimento de que a ESF constitui um dos pilares para a consolidação do SUS.

Embora a ESF apresente-se em constante ascendência, considerada como “um caminho sem volta”, no que se refere às políticas públicas de saúde, sabe-se que, ao menos em nível local (Mato Grosso do Sul), um dos nós-críticos para que responda resolutivamente às necessidades locais, é o perfil dos profissionais que a compõem.

Explica-se esse fato ao assumir que, salvo exceções, as Equipes Multiprofissionais de ESF (EMESF) refletem a formação cartesiana por meio da qual grande parte de seus membros teve seu conhecimento forjado⁴, e segundo a qual, o reconhecimento de que a interface conhecimento/ações de saúde/necessidades locais não é claramente compreendido como essencial para o esperado impacto positivo exercido pelo sistema de saúde.

Nessa perspectiva, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a FIOCRUZ - Mato Grosso do Sul e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, de forma colaborativa, implantaram o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), direcionado aos trabalhadores da ESF, do estado de Mato Grosso do Sul.

Esse curso fez a opção por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, as quais estão embasadas na premissa essencial de que o estudante é um agente ativo do processo de construção coletiva do conhecimento.⁵ Dentre as metodologias ativas de aprendizagem trabalhadas estão a aprendizagem significativa⁶, a aprendizagem baseada em projetos da prática e a aprendizagem baseada em problemas - ABP⁷, as quais reconhecem sobremaneira a experiência prévia dos estudantes - trabalhadores.

A valorização, o respeito e o resgate dos saberes prévios dos sujeitos (alunos-trabalhadores) como um dos princípios pedagógicos utilizados, foram somados à utilização dos processos de trabalhos reais vivenciados pelos estudantes (problematização). Pois, como destacaram Batista *et al.*⁸ (p.232):

“Nesse panorama, situam-se desafios e perspectivas na formação dos profissionais de saúde: campo interdisciplinar que materializa diferentes níveis de compreensão e intervenção junto aos sujeitos, implicando distintos compromissos políticos, sociais e educacionais.

Nessas circunstâncias emergem as dimensões problematizadoras, as quais assumem a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem.”

Coerentemente, o processo avaliativo adotado pelo CEABSF contempla a Avaliação Formativa⁹⁻¹¹, cuja finalidade não prioriza somente a *performance* cognitiva, mas todo o caminhar do aluno durante o curso, sua criticidade e autonomia, enfim, sua evolução enquanto ator social compromissado com a ESF.

Desse modo, por meio de avaliações contínuas¹², para além de atribuírem-se notas (valores) aos alunos, preconizou-se o estímulo à troca de experiências, à aprendizagem colaborativa e à constante construção-reconstrução do conhecimento, sempre com o intuito de que situações reais trazidas pelos relatos das vivências dos alunos na ESF pudessem ser analisadas, problematizadas e resignificadas durante o processo de aprendizagem, tornando o processo avaliativo emancipatório, o que, até certo ponto, tem se tornado uma tendência e necessidade do método de avaliação em cursos a distância.¹³

Em razão de o fato que a experiência com o CEABSF na modalidade a distância e em larga escala é única em nosso Estado e inovadora no País, faz-se necessária a realização de avaliações a respeito das variadas situações envolvidas nesse processo. Tais análises serão fundamentais para identificar potencialidades e fragilidades dessa proposta de formação, subsidiar aprimoramentos ao longo do processo e para a implementação de cursos futuros.

Nesse aspecto, desde a década de 90 evidencia-se que, em se tratando de EaD, cuidado especial deve ser dispensado ao processo avaliativo¹⁴, para que a finalidade não se contraponha à proposta pedagógica em questão e ao próprio processo educativo.

O objetivo desse estudo foi de conhecer a percepção dos discentes do CEABSF - Turma 1, a respeito do sistema de avaliação formativo utilizado no curso.

MÉTODOS

Esse estudo de natureza quali-quantitativa teve como sujeitos 392 alunos (Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões-dentistas) matriculados no CEABSF - Turma 1. Destes, 331 estavam presentes no dia da pesquisa e 318 concordaram em participar (n=318).

Questionários estruturados e semiestruturados foram disponibilizados aos respondentes, durante o segundo encontro presencial do curso (formalidade exigida pela legislação brasileira), cuja modalidade é a distância.

Esses instrumentos foram elaborados contendo uma parte qualitativa (questões abertas) e outra quantitativa (questões fechadas), abordavam aspectos relativos à estratégia de avaliação formativa, contemplada na concepção didático-pedagógica do CEABSF.

As questões fechadas foram apresentadas em escala Likert de 7 pontos, utilizada para verificar o grau de concordância dos participantes em relação às afirmativas do questionário. Esta foi composta de opções que variavam de 1 a 7 (1=discordância completa, 4=indiferente e 7=concordância completa).

Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva, com a utilização do *software* SPSS (versão 13.0). Para a abordagem dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise Temática¹⁵, e operações estatísticas simples (porcentagens), as quais permitiram colocar em destaque as informações obtidas, e proporcionaram inferências/interpretações, relacionadas à teorização do objeto estudado, tendo em vista que tal método é apropriado para investigações qualitativas em saúde, pois:

“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação,

cujas *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso”¹⁶ (p.316).

Para fazer alusão aos pontos relevantes das respostas dos voluntários, os relatos mais significativos foram colocados em destaque, seguidos da codificação do voluntário utilizada no questionário (ex: V.1), pois segundo Bourdieu¹⁷, desse modo, “habitus” revelam-se como expressões culturais de uma coletividade e de seus costumes, configurando, concomitantemente: expressões, representações e interações.¹⁸

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (protocolo nº 1947; 12/05/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição dos entrevistados, de acordo com o grau de concordância em cada uma das afirmativas propostas no questionário, está apresentada na Figura 1.

Os resultados referentes ao grau de concordância em cada uma das afirmativas propostas no questionário, em termos de medida de tendência central e de variabilidade/posição, estão apresentados na Figura 2.

Todas as afirmativas que constavam no questionário apresentaram mediana de grau de concordância entre 6 (afirmativas 1, 2, 5, 6 e 8) e 7 (afirmativas 3, 4 e 7).

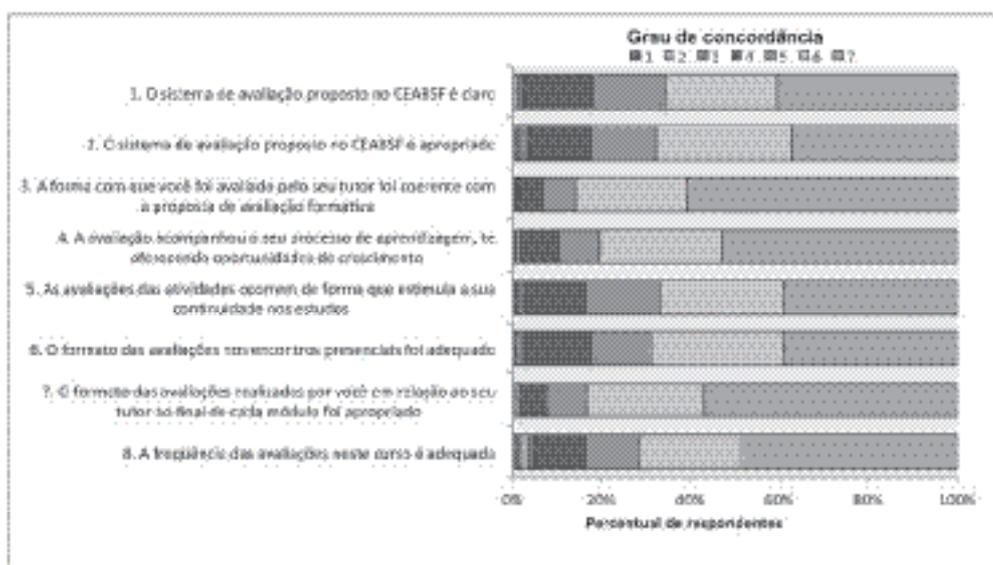


Figura 1—Concordância dos participantes em relação às afirmativas presentes no questionário.

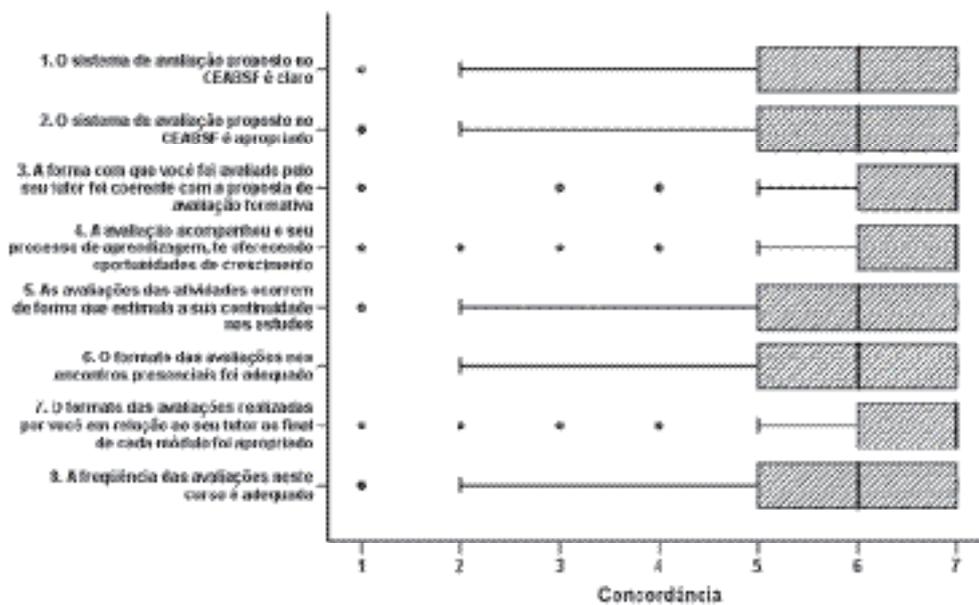


Figura 2 – Medida de tendência central de grau de concordância dos respondentes.

Além disso, apesar de a faixa de variação das respostas ficar entre o grau de concordância 1 e 7 (afirmativas 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8) ou 2 e 7 (afirmativa 6), a maior parte dos respondentes demonstrou grau de concordância entre 5 e 7, o que pode ser observado pela medida de posição (quartil 25%), que variou entre os graus de concordância 5 (afirmativas 1, 2, 5, 6 e 8) e 6 (afirmativas 3, 4 e 7), o que permite a inferência de que somente 25% dos participantes têm grau de concordância ≤ 5 ou que 75% destes concordam em nível ≥ 5 .

Os resultados encontrados demonstram que a maioria dos discentes encontra-se satisfeita com a estratégia avaliativa do CEABSF. Entre as 8 afirmativas, identificaram-se 3 que obtiveram maior grau de concordância entre os respondentes, abordadas a seguir.

Dos respondentes, 60,4% (n=192) concordaram totalmente com a afirmativa “A forma com que você foi avaliado pelo seu tutor foi coerente com a proposta de avaliação formativa”. Quando agrupados, os graus de concordância 6 e 7, 85,6% (n=272) dos respondentes assentiram com a afirmativa, o que demonstra que o sistema de avaliação formativo proposto pelo curso é realizado e foi entendido claramente pelos discentes.

Em relação à afirmativa “A avaliação acompanhou o seu processo de aprendizagem, te oferecendo oportunidade de crescimento”, houve concordância de graus 6 em 27,4% (n=87) e 7 em 52,5% (n=167) dos participantes; agrupando-se os graus 6 e 7 de anuência, notou-se que 79,9% (n=254) dos respondentes foram uníssomos à afirmativa, evidenciando que a premissa de avaliação contínua, que valoriza o processo de aprendizagem como um todo e os reflexos na vida do aluno^{10-11,19}, foi contemplada até o momento.

Para 26,1% (n=83) e 56,9% (n=181) dos respondentes, houve concordância de graus 6 e 7, respectivamente, para a afirmativa “O formato das avaliações realizadas por você em relação ao seu tutor ao final de cada módulo foi apropriado”; a análise conjunta das respostas revelou que 83% dos participantes desse estudo julgou adequado o processo de avaliação que os alunos fizeram dos tutores ao final de cada módulo, fato que é relevante para a indicação de qualidade dos cursos a distância.²⁰

Vale ressaltar que, para as afirmativas 3, 4 e 7 (Figura 2), a mediana do grau de concordância situou-se no quartil 75%. Tal fato é relevante, tendo em vista que tais assertivas abordaram questões centrais referentes ao processo ensino-aprendizagem baseado na avaliação formativa utilizada no curso, o que evidencia a importância da relação tutor-aluno preocupada com aspectos construcionistas⁸, para além do simples repasse de conteúdo e mensuração final de resultados.

Esses resultados reforçam a hipótese de que a Aprendizagem Baseada em Problemas lança mão do conhecimento já elaborado, para aprender a pensar e raciocinar sobre este, e com este formular soluções para os problemas de estudo. Por outro lado, a problematização torna-se um desafio para a construção de novos conhecimentos, pela aproximação da realidade em que o tema em estudo é vivenciado por diferentes atores sociais²¹, o que foi consolidado pelas modalidades de avaliação utilizadas no curso.

Os resultados oriundos da análise temática foram agrupados conforme os núcleos de sentido: 1) Aspectos gerais e 2) Sugestões de mudanças; 3) Pontos positivos e 4) Pontos negativos. Esses dados são demonstrados nas Figuras 3 e 4 (respectivamente) e ilustrados pelas falas de alguns participantes.

Pela análise do Núcleo de Sentido 1 (Aspectos Gerais), nota-se que os participantes entendem a estratégia avaliativa do CEABSF como facilitadora/emancipatória, tendo em vista que percebem a implicação de modificações em aspectos relevantes inerentes ao processo de trabalho, além de estar em consonância com a abordagem pedagógica proposta pelo curso.

Cabe salientar que o CEABSF, desde sua fase incipiente (organizacional), sempre priorizou as metodologias ativas de aprendizagem, as quais não fariam sentido se o sistema de avaliação não fosse formativo, o que concorda com Laguardia *et al.*²². Tais autores destacaram que a definição do processo de avaliação de cursos em ambientes virtuais de aprendizagem depende essencialmente de pressupostos subjacentes à proposta educacional e dos interesses dos grupos envolvidos.

Essa questão mostra que a avaliação contínua durante o processo de formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Há o redimensionamento do desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado e de mudanças de práticas que os trabalhadores têm conquistado.⁵

Para que o objetivo primordial do CEABSF (a modificação da realidade/prática dos discentes) fosse atingido, optou-se pela avaliação do processo de aprendizagem que valorizasse não somente o discente, mas o sujeito-discente, a formação da

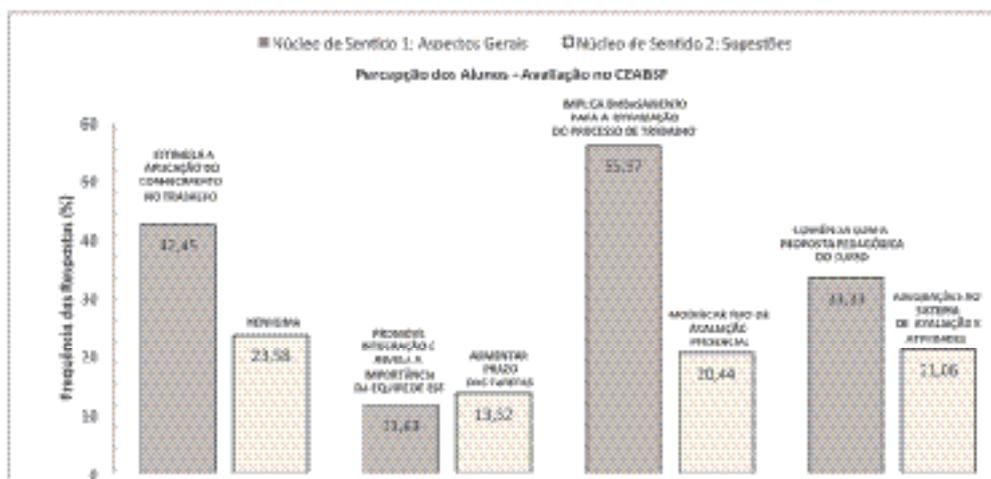


Figura 3 – Frequência de respostas aos Núcleos de Sentido 1 e 2

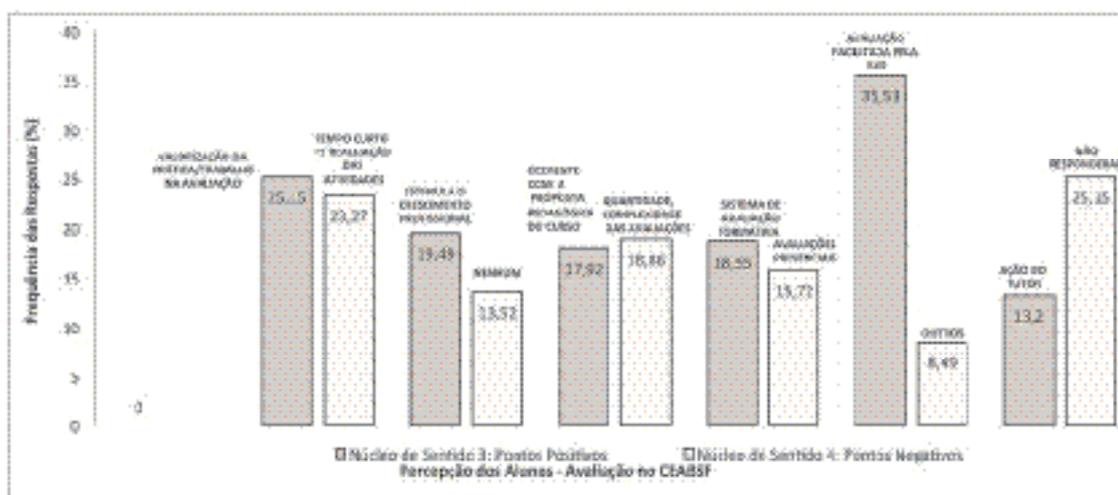


Figura 4 – Frequência de respostas dos Núcleos de Sentido 3 e 4

pessoa, seu crescimento ao longo do curso, sua visão de mundo, sua capacidade crítica, sua autonomia frente às demandas do cotidiano. Pois, um dos desafios da pós-graduação em saúde no Brasil implica a atuação em sinergia com o movimento inovador em saúde, cujo foco se materializa na necessidade de formação de recursos humanos que respondam às prioridades do Sistema Único de Saúde.²³ Nesse sentido, evidenciou-se que o sistema de avaliação empregado no CEABSF:

“É um sistema que realmente avalia o aluno no que se refere ao objetivo do curso; faz com que o aluno procure melhorar e crescer dentro de seu trabalho na ESF; estimula a aplicar o aprendizado na prática, identificando as dificuldades do dia a dia na unidade.” (V.10)

“O curso, nas atividades e avaliações, me fez pensar mais a respeito das minhas ações, que antes eram feitas de maneira um tanto automáticas.” (V.40)

Tais falas são corroboradas pelo estudo de Lefevre *et al.*²⁴, as quais, ao serem avaliadas qualitativamente em um curso de especialização, por meio da análise do discurso do sujeito coletivo dos alunos, evidenciaram que os discentes consideraram que o curso se preocupava em estimular a visão crítica da realidade vivida e o sincronismo entre teoria e prática.

Em relação ao Núcleo de Sentido 2 (Sugestões), houve menção a aspectos relativos às dificuldades cotidianas vividas durante a realização de atividades e avaliações, o que também foi mencionado por Lefevre *et al.*²⁴ e ilustrado pelos respondentes:

“Diminuiria o número de atividades; aumentaria o tempo para as postagens, pois fica muito difícil realizar as tarefas, tendo em vista que, às vezes, temos que mobilizar outros setores, buscar dados, entrevistar.”(V.290).

No Núcleo de Sentido 3, os voluntários elencaram como pontos positivos da avaliação no CEABSF, novamente, tópicos alusivos ao sistema de avaliação formativo/metodologias ativas de aprendizagem e às especificidades da avaliação em EaD. Destacamos aqui a opinião de que nesse curso, por ser a distância, a avaliação é facilitada, principalmente em razão do respeito à disponibilidade de tempo do aluno e às suas características individuais:

“ A flexibilidade de horário permite um planejamento do estudo conforme nossas possibilidades.” (V.94)

Além disso, ainda no Núcleo de Sentido 3, destacou-se que, por este sistema de avaliação:

“O crescimento se deu no momento em que eu, como Cirurgião-dentista, pude observar a importância do conhecimento das atividades realizadas pelos outros profissionais da equipe e o significado do trabalho conjunto para a melhoria dos dados de saúde da comunidade como um todo.” (V.283)

“As avaliações nos levam à reflexão de nosso comprometimento com o estudo e com a aplicabilidade do conteúdo em nossa realidade na ESF.”(V.275)

Desse modo, no CEABSF, para fins de enriquecimento do processo ensino-aprendizagem, concordamos com Otsuka¹², a qual mencionou a importância da construção do conhecimento de forma contextualizada (no nosso caso, considerando o local de trabalho do aluno-trabalhador) e descontextualizada (por meio do estímulo à aprendizagem colaborativa, e do compartilhamento de saberes entre os discentes), o que foi demonstrado pelas falas anteriores.

A categoria “Outros” correspondeu a tópicos genéricos, como as falhas de comunicação propiciadas pela distância; falta de dados no sistema de informação; o fato de toda a equipe não frequentar o curso:

“Às vezes, a falta de diálogo dificulta o que queremos expressar, aí prejudica a avaliação.”(V.309)

“As dificuldades encontradas foram principalmente na forma como o SIAB é alimentado.”(V.10)

“Por se tratar de tarefas que, muitas vezes, precisam ser realizadas junto à equipe. Essa dificuldade não existiria se todos da equipe estivessem fazendo o curso.”(V.10)

O Núcleo de Sentido 4, o qual contemplou os Pontos Negativos da avaliação no CEABSF, evidenciou que melhorias são necessárias às atividades e avaliações.

Nesse aspecto, nota-se que há certa incoerência, pois, como mencionado pelos próprios voluntários no Núcleo de Sentido 1 e 3, ao passo que as atividades/avaliações propostas pelo curso valorizam o conhecimento dos alunos e sua aplicação no trabalho, a complexidade das atividades foi questionada. Outro aspecto apontado pelos alunos foi o número de atividades, considerado excessivo.

Justamente para promover a aprendizagem significativa, que fomente a mudança no processo de trabalho/tomada de decisão dos trabalhadores da ESF, característica predominante da maioria das atividades/avaliações do CEABSF, tais ações podem ter sido consideradas complexas e cansativas, por requisi-

tarem dos alunos a busca de dados reais nas áreas adscritas à Unidade de ESF em que desempenham seu trabalho, para subsidiar planos de ação que respondam às demandas da população cadastrada na ESF, com vistas ao aumento da resolutividade das ações de saúde.

A seguinte fala denota essa incoerência, ao se observar que o respondente explicita dificuldades para a realização das atividades avaliativas, ao passo que as reconhece como potencialmente transformadoras de suas práticas cotidianas:

“Muitas atividades complexas a serem realizadas em um curto intervalo de tempo. Gradativamente, estamos implementando na minha Unidade os questionamentos levantados no decorrer do curso: políticas voltadas à APS, adoção de critérios epidemiológicos, a lógica da integralidade, do acolhimento, do acesso, dentre tantos outros. Esse saber existe, mas o grande desafio tem sido aplicá-lo, e a especialização vem para nos trazer o caminho para isso.” (V.95).

Em contrapartida, mencionou-se que:

“Não vejo pontos negativos; acho que é uma metodologia moderna, onde usa muito a consciência, responsabilidade e comprometimento do aluno. O tutor também se organiza e avalia conforme a individualidade de cada aluno.”(V. 275)

Assim sendo, cabe ressaltar que essas respostas dizem respeito à opinião dos voluntários, emitida no oitavo mês do CEABSF, que possui duração de 18 meses, e que tal incoerência pode ser explicada em razão de que no Brasil, concordando com Haddad *et al.*²⁵, no campo da educação dos profissionais

de saúde, revela-se a contraposição de concepções pedagógicas tradicionais expressas por pedagogias transmissoras (segundo a qual a maioria de nossos alunos foi formada) e a emergência de concepções críticas, reflexivas e que problematizem a realidade social, como as utilizadas no CEABSF.

A pós-graduação na ESF constitui um desafio complexo, pelo fato de abranger uma multidisciplinaridade e contemplar profissionais formados em diferentes modelos pedagógicos, de distintas categorias profissionais, com histórias diferenciadas de construção de suas próprias identidades.

CONCLUSÃO

Notamos que o sistema de avaliação formativo utilizado no curso, por ser alicerçado na tríade sujeito(s) - teoria - prática, configura-se como uma ferramenta adequada para a capacitação profissional com vistas à mudança da realidade local, conforme as necessidades do aluno e da comunidade, o que é condição necessária para que as ações da ESF sejam profícuas para todos os atores/setores com elas envolvidos. Caso contrário, corre-se o risco de, mesmo com boa intenção, investir-se em capacitações que sejam inúteis ao processo de trabalho e às reais demandas populacionais.

Concluiu-se que os sujeitos participantes da pesquisa reconheceram o sistema de avaliação formativa como um instrumento inovador, coerente com a proposta pedagógica do curso e que incitou(a) mudanças no modo de estudar, na aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos, no crescimento pessoal, na ajuda à tomada de decisões cotidianas na ESF, para um modo mais crítico de ver a realidade.

REFERÊNCIAS

1. Moura ERF, Holanda Jr. F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003a; 19 (Supl.6):1791-9.
2. Moura ERF, Rodrigues MSP, Silva RM. Programa Saúde da Família: impacto na assistência pré-natal. *Rev Chil Salud Publica* 2003b; 7 (Supl.1):25-32.
3. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25 (Supl.4):868-76.
4. Cyryno EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica* 2004; 20 (Supl.3):780-88.
5. Ceccim RB, Feurwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20 (Supl.5):1400-10.
6. Ausubel DP. *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes; 1982.
7. Severiens S, Schmidt H. Academic and social integration and study progress in problem based learning. *Higher Educ* 2009; 58 (Supl.1):59-69.
8. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saude Pública* 2005; 39 (Supl.2):231-7.
9. Perrenoud P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

10. Torrance H, Pryor J. Developing formative assessment in the classroom: using action research to explore and modify theory. *Brit Educacional Res J* 2001; 27 (Supl.5): 615-31.
11. Earl L. *Assessment as learning: using classroom assessment to maximize student learning*. Thousand Oaks: Corwin Press; 2003.
12. Otsuka JL. Análise do processo de avaliação contínua em um curso totalmente a distância. *Actas Virt Educ* 2002; 12- 14.
13. Rosa M, Maltempi MV. A avaliação vista sob o aspecto da educação a distância. *Aval Pol Pub Ed* 2006; 14 (Supl.50):57-76.
14. Harazim L, Hiltz S, Teles L, Turoff M. *Learning networks: a field guide to teaching and learning online*. Cambridge: MIT Pres; 1995.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
17. Bourdieu P. *Ésquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Librairie Droz; 1972.
18. Habermas J. *Dialética e hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM; 1987.
19. Fernandes D. Para uma teoria da avaliação formativa. *Rev Portug Educ* 2006; 19 (Supl.2):21-50.
20. Brasil. Secretaria de Educação a Distância. Indicadores de qualidade para cursos de graduação a distância; *Ministério da Educação* 2000.
21. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface* 1998; 2 (Supl.2):139-54.
22. Laguardia J, Potela MC, Vasconcellos MM. Avaliação em ambientes virtuais de aprendizagem. *Educ Pesq* 2007; 33 (Supl.3):513-30.
23. Guimarães R. Desafios da pós-graduação em saúde humana no Brasil. *Rev Saude Publica* 2011; 45 (Supl.1):1-13.
24. Lefevre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CADRHU", São Paulo - 2002. *Saúde e Sociedade* 2003; 12 (Supl.2):68-75.
25. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (Supl.3):383-93.

OFICINA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Interprofessional education workshop for multiprofessional residency

ANA MARIA CHAGAS SETTE CAMARA

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Brasília/UnB. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal Minas Gerais.

CONTATO:

Ana Maria Chagas Sette Câmara

Rua Pratápolis, 85 apto 301 - Grajaú
Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP. 30431-150
E-mail: anasettecâmara@hotmail.com

Este é o relato da Oficina de Educação Interprofissional para o Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG, realizada nos anos de 2012 (para residentes R1 e R2) e 2013 (para residentes R1). O verdadeiro desafio da educação interprofissional é formar profissionais que sejam capazes de trabalhar colaborativamente e elaborar um projeto terapêutico compartilhado centrado no indivíduo. Visando preparar os grupos multiprofissionais da saúde para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional, elaboramos uma oficina a partir dos pressupostos teóricos da Educação Interprofissional e da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade (CIF), que tem entre seus principais objetivos fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. Utilizamos a abordagem de aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade) e o mapa conceitual como instrumento de aprendizado. A oficina foi estruturada em duas etapas: definindo residência multiprofissional e a elaboração do raciocínio clínico compartilhado. A avaliação final da oficina foi feita com a evocação de palavras. O grupo avaliou positivamente as dinâmicas e o conteúdo da oficina. A oficina instrumentalizou os residentes para a prática colaborativa centrada no indivíduo. Introduziu a CIF e o mapa conceitual como ferramentas fundamentais para a elaboração de projetos terapêuticos compartilhados, aproximou olhares e facilitou a comunicação entre os profissionais. A oficina foi uma estratégia importante na formação dos novos residentes da residência multiprofissional para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional.

Descritores:

Educação em Saúde, Equipe interdisciplinar de saúde, Educação de Pós-Graduação, CIF

Abstract

This report is on the Interprofessional Education Workshop for the Multidisciplinary Residency Program of Hospital das Clínicas, UFMG, conducted in 2012 (for R1 and R2 residents) and 2013 (for R1 residents). The real challenge of interprofessional education is to train professionals who are able to work collaboratively and develop a shared therapeutic project focused on individuals. With the aim of preparing multiprofessional healthcare groups in order to develop competencies for interprofessional work, we developed a workshop based on the theoretical presuppositions of Interprofessional Education and the International Classification of Functioning and Health (ICF), which has among its main objectives provision of standardized language and a model for description of health and health-related situations. We used the approach of adult learning (meaning, previous knowledge and applicability) and a conceptual map as a tool for learning. The workshop was structured in two steps: defining multiprofessional residency and developing shared clinical reasoning. The final evaluation of the workshop was done through evocation of words, and the group gave a positive assessment for the dynamics and content of the workshop. The workshop prepared residents for collaborative practice focused on individuals. It introduced the ICF and the conceptual map as fundamental tools for development of shared therapeutic projects, brought viewpoints together and facilitated communication between the professionals. The workshop was an important strategy for training new residents of the multiprofessional residency, so as to develop competencies for interprofessional work.

Keywords:

health education, interdisciplinary healthcare team, postgraduate education, ICF

INTRODUÇÃO

A proposta de educação interprofissional na área da saúde para a prática colaborativa é uma estratégia que tem sido utilizada por vários países do mundo, uma vez que é uma abordagem que promove a interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e melhorias nos resultados de saúde. O verdadeiro desafio da educação interprofissional é formar profissionais capazes de trabalhar colaborativamente e elaborar um projeto terapêutico compartilhado centrado no indivíduo¹. A linguagem

comum e um quadro conceitual são essenciais para o sucesso da colaboração interprofissional.

Visando preparar os grupos multiprofissionais da saúde para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional, elaboramos uma oficina a partir dos pressupostos teóricos da Educação Interprofissional² e da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade (CIF)³, que tem entre seus principais objetivos fornecer uma linguagem padronizada e um modelo conceitual para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento de sua evolução no tempo.

A apresentação de um estudo de caso ilustrou como a CIF pode melhorar o aprendizado interprofissional e promover uma perspectiva multidimensional do cuidado centrado no indivíduo. O estudo de caso também destacou o valor da linguagem comum para a colaboração interprofissional.

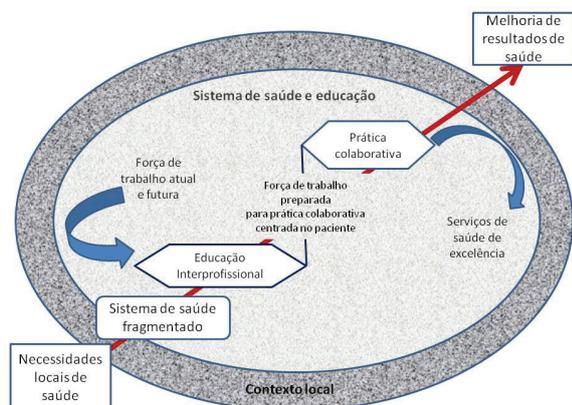
Utilizamos a abordagem de aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade), o mapa conceitual^{4,5} como instrumento de aprendizado e a avaliação e o trabalho em pequenos grupos.

Pressupostos teóricos

A Educação Interprofissional

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, pela primeira vez em 1978, a importância da educação multiprofissional como componente fundamental do cuidado primário em saúde e organizou um grupo de estudos para propor diretrizes para este campo. Em 1988, apresentou o documento *Aprender junto para trabalhar junto em saúde*⁶, que disparou iniciativas e articulações no sentido de promover a educação multiprofissional. A publicação *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*⁷, propõe que o termo multiprofissional seja substituído por interprofissional para enfatizar a importância de pensarmos estruturas de aprendizado “com, para e sobre” diferentes profissões em confronto com a simples divisão do ambiente de aprendizagem. Além de propor a colaboração interprofissional para melhoria nos resultados de saúde, o documento identifica os mecanismos que resultam no trabalho colaborativo bem sucedido e fornece estratégias e ideias que auxiliarão o modelo Educação Interprofissional e Prática Colaborativa e serão mais adequadas em cada contexto e demandas locais de saúde. A Figura 1 retrata o modelo teórico da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa proposto pela OMS⁷.

Figura 1. Modelo Teórico Educação Interprofissional e Prática Colaborativa



Fonte: adaptado de World Health Organization (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Disponível em [http://poiesisgrupo.files.wordpress.com/2010/04/who_interprofessional_education_eng.pdf] ?

Alguns autores^{8,9,10} afirmam que a convivência na aprendizagem compartilhada modifica atitudes e percepções negativas entre os profissionais de saúde, mediando falhas na confiança e na comunicação.

A educação interprofissional é uma estratégia que propicia maior conscientização e preparo para a prática, contribui para a socialização entre os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de maior confiança e reforço da identidade profissional. Além de promover o trabalho em equipe, facilita a discussão de papéis profissionais, o desenvolvimento de liderança/protagonismo, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão. Propõe-se ao desenvolvimento das competências comuns a todas as profissões, das competências complementares específicas de cada profissão e das competências colaborativas (respeito às especificidades; planejamento participativo; rede colaborativa; tolerância e negociação). Tem como pressupostos teóricos a aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade); aprendizagem baseada nas interações e a aprendizagem baseada na prática (observação, simulação, ação). Elementos das teorias da organização social e psicológica de grupos, também têm sido considerados e incluídos na concepção, desenvolvimento e implementação de iniciativas de educação interprofissional^{1,8,9,10}.

A incorporação destas mudanças no campo da saúde é complexa, pois compreende uma variedade de atividades de produção e serviços em diferentes cenários, e envolve a produção de tecnologias, conhecimento e informação.

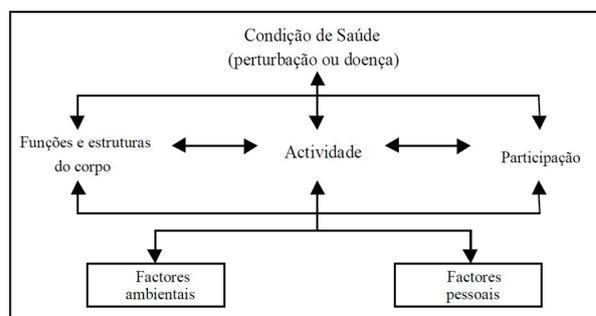
No Brasil, o Programa de Residência Multiprofissional da Saúde¹¹ promove a educação interprofissional na pós-gradua-

ção, com potencial inclusive de modificações nos processos de trabalho em saúde e na educação permanente dos profissionais do serviço.

Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde Humana

Em 2001, a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que associa funcionalidade e incapacidade aos estados de saúde. Os estados de saúde (doenças, lesões, etc.) já eram classificados pela OMS na Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão (CID-10), que fornece uma estrutura de base etiológica. Assim, a CID-10 e a CIF são complementares. Em conjunto, dão um olhar mais amplo e significativo das condições de saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizado em tomadas de decisão³.

Figura 2. Modelo Conceitual da CIF



O quadro conceitual da CIF (Figura 2) exprime a saúde e a funcionalidade num sistema complexo e multidimensional. Além disso, o arcabouço conceitual é traduzido em uma representação visual, que favorece seu aprendizado em contextos educativos. Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo as funções mentais) e estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo. O aspecto positivo destes componentes é a integridade funcional e estrutural e o negativo é a deficiência. Atividade é a execução das tarefas realizadas no dia a dia de um indivíduo, seu aspecto positivo é a realização da atividade, enquanto o negativo é uma limitação à realização. Participação é o envolvimento numa situação da vida social, seu aspecto positivo é a efetiva participação e o negativo é a restrição desta participação. Fatores contextuais são fatores pessoais e fatores ambientais e seus facilitadores são aspectos positivos e as barreiras e obstáculos são os aspectos negativos.

Segundo Farias & Buchalla¹² os conceitos apresentados na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar deficiência e incapacidade, uma vez que não são apenas consequências das condições de saúde, mas são determinadas também pelo contexto.

A CIF também adota uma terminologia unificada, que serve como uma linguagem interprofissional que possibilita a comunicação de informações de saúde em fronteiras disciplinares e geográficas³.

A adoção de um modelo teórico e linguagem são passos fundamentais para atingir o objetivo de colaboração interprofissional. Assim, a introdução da CIF na educação interprofissional é um passo importante para a concretização desse objetivo¹³.

Aprendizagem em pequenos grupos

O aprendizado em pequenos grupos favorece o desenvolvimento de competências colaborativas, é um espaço fértil para construção de significados, aprofundamento de conceitos e desenvolvimento de habilidades. A tarefa do grupo (a meta), os papéis dos participantes (as responsabilidades) e o tempo são organizadores do grupo, devem estar claramente delineadas e preparam o aluno para o mundo do trabalho contemporâneo. Em uma situação de aprendizado cooperativo, a interação é caracterizada pela interdependência positiva de uma meta com responsabilidade individual.¹⁴

Aprendizagem Significativa e Mapa Conceitual

A aprendizagem é muito mais significativa quando um novo conteúdo é incorporado às estruturas prévias de conhecimento do aluno e adquire significado para ele, a partir da correlação entre eles⁴. Para haver a aprendizagem significativa são necessárias duas condições: o desejo de aprender e a relação com a experiência.

A aprendizagem significativa está subordinada à integração construtiva de pensar, sentir e agir, e leva à capacitação de compromisso e responsabilidade. Não é fácil determinar se um aluno adquiriu novo significado em conceitos e proposições. A necessidade de mostrar explicitamente como novos conceitos e proposições foram integrados à estrutura cognitiva do aluno, levou ao desenvolvimento da ferramenta de mapa conceitual no início dos anos 1970⁴. Posteriormente, verificou-se que os mapas conceituais podem ajudar os alunos a aprender a aprender^{4,5}.

Um mapa conceitual *esqueleto*, sobre um determinado tema, pode ajudar o aluno a começar o processo de aprendizagem significativa em um dado domínio, facilita a integração de novos conceitos e ideias com conhecimentos relevantes existentes⁴.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este é o relato da Oficina de Educação Interprofissional para a Residência Multiprofissional realizada nos anos de 2012 (para residentes R1 e R2) e 2013 (para residentes R1), como uma das atividades do Seminário de acolhida dos novos residentes, promovido pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Anualmente são oferecidas 28 vagas, divididas em duas áreas de concentração: saúde do idoso e saúde cardiovascular, para profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

A oficina foi estruturada em dois momentos: definindo residência multiprofissional e a elaboração do raciocínio clínico compartilhado.

Primeiro Momento: Definindo residência multiprofissional

Utilizamos os princípios de aprendizagem significativa, inicialmente, com estímulo ao momento de reflexão individual: defina a residência multiprofissional. A seguir, a turma foi organizada em pequenos grupos, com definição de papéis no grupo (coordenador, anotador, relator e controlador do tempo) e solicitada a seguinte tarefa: compartilhe com os colegas sua definição individual sobre a residência multiprofissional e depois construam uma definição do grupo. Cada grupo teve tempo determinado para realizar a tarefa e para apresentar seu resultado para todos os participantes.

Após a apresentação do consolidado dos grupos, foi feita uma revisão teórica dos princípios da Educação Interprofissional e das competências (Figura 3) para a prática colaborativa interprofissional: trabalho em equipe, planejamento, tomada de decisão, liderança, comunicação e cuidado centrado no indivíduo.

Figura 3. Competências Colaborativas desenvolvidas na Residência Multiprofissional



Segundo Momento: elaboração do raciocínio clínico compartilhado.

Os participantes foram organizados em grupos uniprofissionais com 2 ou 3 profissionais da mesma profissão e grupos multiprofissionais com 3 ou 4 profissionais, cada um de uma profissão da saúde. Utilizamos o caso clínico do estudo de Allan *et al* (2006)¹³ que foi traduzido e adaptado para a atividade:

Caso Clínico:

Sr. Smith tem 84 anos e sofreu um acidente vascular encefálico (AVE). Sua alta hospitalar está chegando e ele será encaminhado para sua casa. A partir de então, seus cuidados serão realizados no posto de saúde. Ele retornará para sua casa de dois andares, onde vive com sua esposa há 54 anos.

Além do derrame, o Sr. Smith também teve três ataques cardíacos anteriores. Ele tem hipertensão descontrolada e diabetes tipo 2 controlado. Sr. Smith está tomando uma série de medicamentos que se relacionam com sua atual condição médica. Incluindo medicamentos para colesterol, pressão arterial, diabetes, e dor.

Uma avaliação do Sr. Smith revelou que o AVE teve um impacto negativo sobre seu estado cognitivo. Ele tem dificuldade para ler o sequenciamento de números e letras. Sr. Smith também demonstra uma diminuição da capacidade para iniciar atividades. Ele requer repetidas chamadas para participar na conversa e não fornece respostas adequadas às perguntas e comentários de outros. Ele também usa muito pouca expressão facial durante conversas. Sr. Smith foi diagnosticado com uma perda auditiva moderada bilateral com pobres discriminação habilidades palavra (trecho confuso).

Fisicamente, o Sr. Smith tem fraqueza bilateral em seus membros superiores e inferiores, o braço direito é o mais acometido. Ele usa um andador com rodas, mas precisa usar freios ao andar. Ele está passando por uma queda generalizada em sua resistência e condição física. Ele também tem problemas significativos com equilíbrio. Sr. Smith tem experimentado múltiplas quedas e tem fraturas por compressão dolorosa na parte inferior das costas.

Embora ele seja capaz de alimentar-se de uma dieta regular, o apetite do Sr. Smith tem diminuído desde o acidente vascular cerebral.

Ele relata sentir-se deprimido e tem uma significativa dificuldade em adormecer.

Sr. Smith completou o ensino médio e é um veterano da Segunda Guerra Mundial. Após a guerra, ele trabalhou em uma loja de ferragens e agora está aposentado. Antes do derrame, ele era responsável pelo gerenciamento de todas as finanças domésticas e colaborava com as tarefas domésticas, como cozinhar e fazer compras.

Antes do AVE, o Sr. Smith gostava de ir conversar com amigos na padaria e tomar um café; participar da natação da 3ª idade no centro comunitário, e usar seu computador em casa.

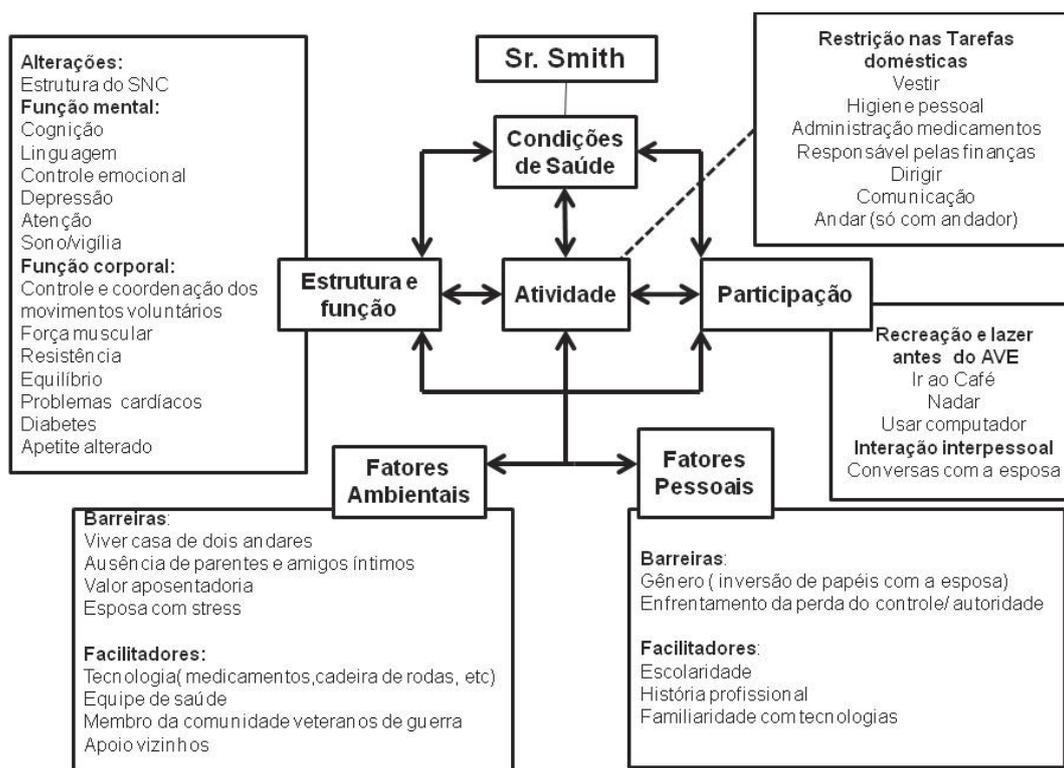
Sr. Smith e sua esposa não têm filhos nem família na cidade onde moram. A maioria dos seus amigos morreu. Eles já não frequentam a igreja e têm muito pouco contato social, além dos seus antigos vizinhos. Atualmente, o Sr. Smith recebe somente uma aposentadoria equivalente a dois salários mínimos. Sua esposa parece estar angustiada com as mudanças das habilidades funcionais de seu marido.

Cópias do caso clínico foram distribuídas para os grupos e foi solicitado: Identifique os conceitos-chaves, que caracterizam a condição de saúde do indivíduo. Ordenem os conceitos, identificando as condições e necessidades de saúde do indivíduo. Construam um mapa conceitual que conecte os conceitos com linhas e rotule as linhas com uma ou duas palavras chaves (que expressem o significado da relação).

A seguir, cada grupo apresentou seu mapa. Os participantes identificaram que os mapas conceituais elaborados pelos grupos multiprofissionais estavam mais completos.

Após o consolidado das apresentações dos grupos, foi feita uma apresentação teórica do conceito ampliado de saúde, a partir das dimensões da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade. E com a contribuição de todos os grupos foi elaborada uma descrição visual das condições de saúde do Sr. Smith e comparada com a apresentada no artigo¹³ (Figura 4)

Figura 4. Descrição Visual das condições de saúde Sr. Smith no modelo conceitual proposto pela CIF



(Traduzido e adaptado pela autora de Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, June 2006; 20(3): 235-245.)

O processo de elaboração da descrição visual do caso evidencia, por exemplo, que os danos no cérebro resultam em inúmeras mudanças para as funções do corpo, as quais incluem a cognição, a linguagem e o controle de movimento. O impacto do acidente vascular cerebral é particularmente evidente quando se considera as limitações que agora existem na capacidade do Sr. Smith para realizar e participar em atividades de vida diária. Por exemplo, ele não é mais capaz de ajudar sua esposa em muitas tarefas domésticas e já não pode cumprir seu papel de chefe da família. Além disso, o Sr. e a Sr.^a Smith foram obrigados a adotar novos papéis em seu relacionamento, ela se tornou responsável pela família, inclusive pela tomada de decisões. O estresse associado a estas alterações pode ser mediado pelos fatores ambientais e pessoais. Por um lado, a dificuldade da Sr.^a Smith em lidar com as demandas de seu novo papel pode ser uma barreira para o bem-estar do marido, especialmente se sua própria saúde se deteriorar e ela ficar incapaz de cuidar dele. Por outro lado, a equipe de saúde pode servir como um facilitador, ao fornecer serviços médicos e de reabilitação para o Sr. Smith, bem como, ao facilitar o acesso a qualquer apoio da comunidade para a qual ele pode ser elegível. É preciso também reconhecer que a resposta do Sr. Smith para intervenção e assistência será influenciada pela sua própria resposta ao

seu estado de saúde, bem como, pelo conjunto único de experiências de vida que moldam suas atitudes e comportamento.

Como este estudo de caso demonstra, uma infinidade de fatores pode influenciar o resultado funcional do Sr. Smith. Por exemplo, é importante que ele continue a receber tratamento médico e farmacológico de cuidados primários para tratar a estrutura e o funcionamento do corpo, problemas criados por sua diabetes, hipertensão, dor e depressão. Também é importante que ele continue a receber os serviços de reabilitação para recuperação das atividades de comunicação, autocuidado e mobilidade, observando-se fatores ambientais e pessoais que podem influenciar significativamente em seu resultado. Uma abordagem de suporte para a esposa e aspectos relacionados à participação social serão decisivos no sucesso do tratamento.

Estes aspectos não são observados quando são avaliadas apenas as condições clínicas do indivíduo.

A seguir, os participantes dos grupos uniprofissionais foram redistribuídos nos grupos multiprofissionais e cada grupo refez seu mapa de raciocínio clínico, utilizando como mapa conceitual *esqueleto* o modelo conceitual das condições de saúde proposto na CIF, identificando como cada profissional poderia contribuir no cuidado deste indivíduo. Cada grupo compartilhou novamente seus resultados, e este foi um momento importante

de discussão da contribuição de cada profissão no cuidado do indivíduo.

Particularmente, em casos complexos, é evidente que muitos profissionais de saúde sejam necessários para lidar com to-

dos os aspectos de diagnóstico, saúde e funcionamento dentro do modelo conceitual da ICF. Mesmo quando se considera um único objetivo - sair para o café - pode-se identificar a contribuição de cada profissional para que este objetivo seja atingido (Tabela 1).

Tabela 1. Exemplo de colaboração interprofissional no nível de participação Sr. Smith (CIF)

Objetivo Participação	Elementos necessários	Profissionais
Ir ao Café	Deambular	Fisioterapeuta
	Coordenação motora fina	Fisioterapeuta
	Comunicação (solicitar o café, socialização)	Fonoaudiólogo/ Terapeuta Ocupacional
	Escutar os sons e ruídos do ambiente	Médico/ Fonoaudiólogo
	Estar fazendo uso da medicação	Enfermeiro/Médico/Farmacêutico
	controle glicêmico	Enfermeiro/ Nutricionista/ médico
	Manter higiene pessoal	Enfermeiro/ Terapeuta Ocupacional
	Vestir-se	Terapeuta Ocupacional
	Realizar pagamento da conta	Terapeuta Ocupacional/

A intenção é simplesmente fornecer uma ideia de como a linguagem da CIF pode ser usada para ultrapassar fronteiras disciplinares e facilitar a discussão dos objetivos da reabilitação usando uma terminologia compartilhada. Por exemplo, após uma discussão sobre as diversas necessidades de um cliente em particular, pode-se elaborar um projeto terapêutico e discutir o papel de cada profissional. Os profissionais passam a reconhecer as contribuições de cada um, integrando as terapêuticas. Compartilhar objetivos comuns é um elemento essencial da colaboração interprofissional.

A avaliação final

A oficina foi avaliada por meio da técnica de evocação de palavras. O grupo avaliou positivamente as dinâmicas e o conteúdo da oficina. Todos os participantes relataram que as tarefas realizadas foram muito importantes e que se sentiram mais confiantes para o início das atividades da residência multiprofissional.

IMPACTOS

A metodologia da oficina foi uma capacitação dos participantes para o trabalho em pequenos grupos, com definição de papéis e organização do processo de trabalho, comunicação, tomada de decisão e definição da ação. A oficina instrumentalizou os residentes para a prática colaborativa centrada no indivíduo, favoreceu uma nova dinâmica das atividades da residência multiprofissional. Introduziu a CIF e o mapa conceitual como ferramentas fundamentais para a elaboração de projetos terapêuticos compartilhados.

Os participantes de 2012 solicitaram que a oficina fosse sempre realizada no Seminário de abertura das atividades da residência multiprofissional, o que de fato aconteceu em 2013. A oficina esclareceu a proposta da residência multiprofissional, definiu claramente o contexto educacional e os objetivos a serem atingidos, como o desenvolvimento das competências específicas da prática colaborativa. Além disso, o modelo conceitual da CIF possibilitou uma ampliação do olhar sobre as condições de saúde e ao mesmo tempo aproximou os olhares dos diversos profissionais, facilitou a comunicação e possibilitou a

elaboração de um raciocínio clínico compartilhado centralizado no indivíduo.

A oficina foi uma estratégia importante na formação dos novos residentes da residência multiprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho interprofissional.

É uma estratégia pedagógica que pode ser reproduzida em contextos de aprendizagem multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar a CIF aos profissionais de saúde promovem-se também benefícios adicionais, como: validação da concessão de serviços que não incidem diretamente sobre o indivíduo com uma condição de saúde, mas, que, no entanto, são um benefício para ele (por exemplo, modificar o ambiente, orientação da família e amigos, identificação de suportes sociais);

REFERÊNCIAS:

1. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*. 46: 58-70, 2012.
2. Sargeant J. Theories to Aid Understanding and Implementation of Interprofessional Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 29(3):178-184, 2009.
3. Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: *Editora da Universidade de São Paulo-EDUSP*; 222 p. 2003.
4. Novak JD. Learning, Creating, and Using Knowledge: Concept maps as facilitative tools in schools and corporations. *Journal of e-Learning and Knowledge Society*. Vol.6, n.3, September; 21-30, 2010.
5. Ruiz-Moreno L *et al.* Mapa Conceitual: Ensaio de Critérios de Análise. *Ciência & Educação*, v.13, n.3, p.453-463, 2007.
6. World Health Organization (WHO). Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. *The Team Approach Technical Report Series 769*. Geneva: WHO, 1988.
7. World Health Organization (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Disponível em [http://poiesisgrupo.files.wordpress.com/2010/04/who_interprofessional_education_eng.pdf]
8. Aguiar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.
9. Barr H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, v. 12, n. 2, p. 181-188, 1998.
10. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Medical Education*, Oxford, GB, n. 29, p. 265-272, 1995.
11. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Sáude Soc.* São Paulo, V.19, n.4, p.814-827,2010.
12. Farias M, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-193.
13. Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, June 2006; 20(3):235-245.
14. Johnson DW, Johnson RT. *Cooperative Learning and Social interdependence theory: Cooperative learning*. 1998. Disponível em: <http://www.co-operation.org/home/introduction-to-cooperative-learning/>

promoção da otimização de recursos físicos e humanos com a finalidade de reduzir a competição pelos recursos limitados entre profissionais; legitimação da reabilitação em casa e na comunidade.

A utilização da descrição visual das condições de saúde proposta pela CIF, na discussão de um caso clínico, é uma ferramenta potente na prática colaborativa interprofissional. Ela viabiliza uma abordagem ampla, capaz de identificar os múltiplos aspectos e necessidades, facilita o planejamento do projeto terapêutico interprofissional, otimiza e potencializa recursos e resulta na integralidade do cuidado. Ao fornecer uma estrutura conceitual que é holística e inclusiva, a CIF pode criar oportunidades para o profissional de saúde aprender com e sobre a atuação de um profissional de outra área. Além disso, a linguagem universal da CIF promove comunicação interdisciplinar e prática colaborativa.

AÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DOMICÍLIO SEGUNDO USUÁRIOS DESTE SERVIÇO EM ANANINDEUA, PARÁ

Actions of a family health team in the home environment according to users of this service in Ananindeua, Pará

Nathália Silva de Souza

Residente em Estratégia Saúde da Família.
Universidade do Estado do Pará.

Renato da Costa Teixeira

Doutor. Docente do Curso de Fisioterapia da
Universidade do Estado do Pará

CONTATO

Nathália Silva de Souza

Rodovia Augusto Montenegro, 3401, Bloco
D4, Apto 303 - Mangueirão
Belém - Pará - CEP 66640-465.
E-mail: natsouza.fisio@gmail.com

Segundo o Ministério da Saúde, um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) é eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de atendimento à saúde, o que tem início no momento do cadastramento das famílias. Este componente assistencial permite um cuidado integral e focado na promoção, prevenção e reabilitação. Considerando a importância da compreensão das ações do profissional no domicílio e da escuta da comunidade na reorientação do modelo assistencial vigente, o objetivo deste estudo foi investigar e compreender como os usuários percebem as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar. Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem hermenêutica crítica, realizado em Ananindeua, Pará, com usuários cadastrados em uma equipe de Saúde da Família. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado e para análise das falas utilizou-se o Método de Interpretação dos Sentidos. Observou-se que a visita é vista como uma importante ferramenta do cuidado e oportunidade de acesso ao serviço de saúde. No entanto, as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar estavam, no geral, restritas ao âmbito curativista, embora atendam a algumas propostas da ESF e aos princípios de equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde por ser um meio que facilita o acesso aos serviços. Portanto, a visita permite o fortalecimento de vínculo do serviço com os usuários e facilita o acesso à assistência à saúde, elementos estes conhecidos como fundamentais na reorientação do modelo assistencial de saúde.

Palavras-chave:

Saúde da Família. Visita Domiciliar. Usuários.

Abstract

According to the Brazilian Ministry of Health, one of the aims of the Family Health Strategy (FHS) is to select families and their social space as the basic core of healthcare, which begins when families are registered during

home visits. This component of care enables comprehensive care focused on promotion, prevention and rehabilitation. Given the importance of comprehending professionals' actions in the home environment and listening to the community, for reorienting the current healthcare model, the aim of this study was to investigate and comprehend how service users perceive the actions developed in the home environment. This was a qualitative, exploratory and descriptive study with a critical hermeneutic approach, conducted in Ananindeua, state of Pará, among users registered with a Family Health team. A semi-structured interview script was used and responses were analyzed using the Meaning Interpretation Method. It was observed that home visits were seen as an important healthcare tool and opportunity to access healthcare services. However, the actions developed in the home environment were generally restricted to the sphere of healing, although they fulfilled some FHS proposals and the principles of equity and universality of the Brazilian National Health System, through being a means of facilitating access to services. Therefore, home visits strengthen the linkage between services and users and facilitate access to healthcare. These elements are known to be fundamental for reorienting the healthcare model.

Keywords:

family health, home visits, users.

INTRODUÇÃO

Este artigo é parte de um trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). A primeira turma deste programa de residência iniciou suas atividades em 2012, como resultado de uma parceria entre a UEPA, hospitais e serviços de saúde vinculados à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA).¹

Foi durante as atividades dos residentes de fisioterapia e terapia ocupacional deste programa, na área de concentração Estratégia Saúde da Família, que a questão de pesquisa do presente trabalho foi levantada, junto a uma equipe de Saúde da Família em Ananindeua, Pará.

Esta equipe de saúde atua no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo trabalho elege como ponto central o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.²

Nesse contexto, um importante componente assistencial passa a exercer um papel fundamental: a visita domiciliar. É uma das modalidades de atenção domiciliar que tem sido am-

plamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.^{2,3}

A visita domiciliar apresenta-se como um instrumento que confronta o modelo hegemônico de saúde e como uma situação propícia à maior interação do profissional de saúde com os usuários e a não predominância de uma postura profissional de indiferença.⁴

Entretanto, sem desconsiderar a importância da visita no âmbito da ESF para um atendimento integral e humanizado, a relação do profissional com o usuário nesse contexto tem sido vista com aparente simplicidade, dada a constância dos encontros. Diante disso, há o risco de o profissional não reconhecer as necessidades dos usuários como uma questão de saúde, por não perceber o limite tênue entre a ação de sociabilidade, meramente, e as ações de saúde.^{5,6}

Além disso, no espaço de convivência das famílias, é recorrente o risco de impor um modelo de vida desconsiderando os arranjos familiares, as histórias, a concepção do viver, pois oferecem um olhar de existência que precisa ser considerado.⁷

Diante destas considerações, depreende-se que conhecer o olhar de usuários e suas famílias sobre as ações desenvolvidas no domicílio por uma equipe de saúde da família torna-se de extrema importância na reorientação do modelo de atenção à saúde, uma vez que esta deve ser fundamentada também na escuta da comunidade.⁵

Percebendo a necessidade e importância da visita domiciliar enquanto prática do cuidado em saúde e tecnologia de interação e visando favorecer análise e discussão de temas relacionados a um cuidar mais humanizado, este estudo almeja investigar como os usuários percebem as ações desenvolvidas no ambiente domiciliar.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A opção pelo método qualitativo deve-se ao fato de o objeto de estudo estar inserido no universo dos significados. Esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano é definido, não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes.⁸

Dentre as abordagens conceituais e metodológicas mais utilizadas em pesquisa qualitativa, este estudo segue a abordagem hermenêutica na sua vertente crítica, uma vez que trata da percepção dos usuários de um serviço de visita domiciliar, para que seja compreendido o que esta prática representa para estes indivíduos. Esta abordagem está fundamentada na com-

preensão e visa desvelar o que faz sentido para o sujeito, tal como percebido por ele e manifesto, confrontando essa produção subjetiva com a materialidade a que a mesma dialeticamente se vincula.^{9,10}

O estudo foi realizado no município de Ananindeua, Estado do Pará, com usuários adscritos a uma Estratégia Saúde da Família, no bairro de Águas Lindas. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos usuários, no turno matutino, nos meses de outubro e novembro de 2013.

A técnica utilizada para a seleção dos participantes foi a seleção teórica, ou seja, de acordo com a relevância do informante ante o objeto investigado e experiências em relação ao fenômeno de interesse.^{4,11}

Foi incluído o usuário maior de dezoito anos, representante de uma família cadastrada em uma ESF do bairro de Águas Lindas, de ambos os sexos, independente de raça; que aceitou participar da pesquisa voluntariamente, e que recebia visita há pelo menos seis meses.

Não foram inclusos no estudo usuários que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); aqueles que não estavam em condições físicas e psicológicas para participar da entrevista, nem aqueles que se recusaram a responder os questionamentos propostos.

Foram entrevistados vinte representantes de famílias cadastradas. O fechamento amostral se deu por inclusão progressiva (sem demarcação, a priori, do número de participantes), interrompida por saturação, ou seja, quando a inclusão de novos participantes é suspensa em razão de apresentação repetitiva ou redundante dos dados. Este é um dos procedimentos mais utilizados em pesquisa qualitativa, considerando que nela a ideia de amostragem não é a mais indicada, pois, o universo em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações ante o tema investigado.⁸

Para a seleção dos participantes foi estabelecido um contato inicial com o agente comunitário de saúde (ACS) de cada microárea da ESF. Buscaram-se aqueles que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. Feito isso, estabeleceu-se o contato com os potenciais participantes do estudo, os quais foram convidados a participar e esclarecidos sobre a proposta da pesquisa.

Dado o consentimento, a entrevista foi agendada para uma data próxima, quando foi feita a leitura e assinatura do TCLE. Pelo Termo, o participante foi esclarecido sobre a garantia de preservação de sua identidade e de sua autonomia para se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejasse, o que não interferiria na continuidade do acompanhamento pela equipe de saúde.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada com a seguinte pergunta disparadora: “O que a equipe de saúde faz na sua casa ao realizar a visita domiciliar?”

Essa classificação da entrevista (semiestruturada) utiliza perguntas abertas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.⁸

Para efeito de registro do conteúdo de entrevista foi utilizado um aparelho gravador de voz. Posteriormente, as falas dos participantes foram transcritas em arquivos individuais, que foram demarcados apenas com um nome fictício, a fim de preservar a identidade dos informantes. Os nomes mencionados nas falas (dos membros da equipe de saúde e familiares dos informantes) receberam o mesmo tratamento e são de conhecimento da pesquisadora e do orientador, somente.

Os dados foram analisados utilizando-se como referência os fundamentos do método de interpretação dos sentidos. Este método de análise consiste numa proposta de interpretação de dados em pesquisa qualitativa que trata de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa as palavras, as ações, o conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas, dentre outros corpos analíticos.¹³

Todos os participantes foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CEP CCBS-UEPA), CAAE 15179313.7.0000.5174, sob o parecer nº 426.989, de 17 de outubro de 2013.

A realização desta pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde de Ananindeua (SESAU), responsável pela instituição à qual se vincula a ESF abordada neste estudo.

RESULTADOS

A exploração das falas das informantes permitiu identificar duas categorias principais: as características da visita domiciliar e os aspectos a serem melhorados nesta prática.

Características da visita domiciliar

As falas das informantes permitiram inferir dois enfoques: o primeiro diz respeito aos motivos que justificaram a realização da visita domiciliar e o segundo mostra a percepção das informantes sobre a visita enquanto possibilidade de acesso ao serviço de saúde.

No que concerne à motivação da visita, os relatos permitiram identificar ideias diversas, como o agendamento de consul-

tas e exames na unidade de saúde da família; informação sobre o calendário vacinal; verificação da necessidade de atendimento médico; assistência domiciliar e provisão de medicamentos.

Sobre este primeiro enfoque, para algumas entrevistadas, a visita é entendida como uma ação que envolve toda a família. Abaixo estão transcritos os relatos de algumas informantes sobre o trabalho dos ACS no domicílio:

[...] vem saber como a gente tá. Ai ela vem marcar consulta pra gente aqui, do meu filho também. Só com ela que eu marco só, negócio de ultrassom, essas coisas (Maria de Jesus)

Primeiramente, ver como a gente tá, né. Tem negócio de pressão pelo meio, tem um bocado de coisa que ela faz, né. Ela vem com assistente social, ela já trouxe tantas pessoas aqui (Ana Rosa)

Ela marca consulta às vezes pra gente; ela toda vez passa pra ver o que a gente precisa; avisar se tem alguma coisa lá no posto pra gente (Jacira)

Ela vem avisar a gente sobre as consultas que estão marcadas, vem me avisar sobre o planejamento do bolsa família, vem avisar quando tem vacinação no posto pras crianças, e, às vezes, quando a gente precisa de consulta, ela tá marcando. O Dr. Mário [médico] vem também (Fátima)

Ela vem mais assim mesmo. Só pra dizer quando é pra criança pesar, pra ver a altura da mãe. Às vezes, também ela pergunta se tá tudo em dia, porque meu marido é hipertenso, se ele tá indo (Maria Rita)

Ah ela vem, ela pergunta como é que tá a saúde, a minha, a das criança, aí ela conversa, me dá algumas orientações pra higiene e tudo, às vezes, até da alimentação assim, porque eu não tava muito bem de saúde. Aí, eu assino o papel (Lúcia)

Um dos relatos evidencia ainda a provisão de medicamentos no ato da visita:

[...] o médico tem nos receitado remédios ótimos né e tanto eu quanto meu marido, eu não tenho o que dizer contra eles. Ele vem, consulta ele, passa os remédios, e os remédios que ele tem passado pra nós tem sido maravilhosos (Ângela)

Por outro lado, algumas informantes perceberam que o motivo das visitas tinha sido a necessidade de cuidado individual para algum membro da família em função de desconforto ou doença, como observado a seguir:

Ah, eles vêm mais pra verificar como é que tá a saúde dela ((avó)), ver como é que ela tá, as condições dela [...]; vieram aqui fazer a fisioterapia nela; as medicações que eles vêm deixar aqui, a receita, os exames, é isso. Quando tem vacinação eles vêm em casa aplicar nela, porque ela não vai mais pro posto, ela já pega toda essa parte em casa já (Ana Maria)

Ela ((terapeuta ocupacional)) tenta fazer um trabalho aí com a mamãe. E vem o João ((ACS)) também. Quando ela tava no tratamento da zipela ((erisipela)), ele vinha pra dar apoio [...]. Ela tava precisando muito, negócio de curativo né, aí ele sempre vinha trazer os material de curativo, aí ele sempre vinha aqui dar assistência, verificar a pressão dela [...]. (Odete)

A prestação de cuidado individualizado no domicílio é considerada também como vínculo e possibilidade de acesso ao serviço de saúde. Outros relatos revelaram esta percepção sobre a visita, sendo isso, para alguns, uma facilidade, pois, assim, não haveria necessidade de se deslocar até o posto de saúde:

Porque, às vezes, a gente não sabe certas coisas pra gente no posto e ela avisa. Ela vem avisar pra gente tomar essa vacina que teve, eu não sabia. E ela veio avisar. E eu fui a primeira que cheguei lá ((ri)) (Jacira)

[...] pelo meu tratamento, eu acho importante a visita deles. Acho mais fácil fazer meu tratamento assim (Marialva)

Ah, eu não quero que a terapeuta pare de vir aqui, não. Nem o agente de saúde. Quero que eles continuem vindo e que continuem dando assistência pra gente, né? E pra ela (mãe), principalmente. Porque fica mais fácil do que ela tá indo pra lá (Odete).

[...] porque se não tivesse a agente de saúde pra tá avisando a gente quando a gente tá muito aperreada, que não dá pra ir marcar uma consulta. Se não tivesse ela nesse posto, minha amiga... ((sacode a cabeça negativamente)) (Fátima)

Eu acho que agora tá melhor porque a gente não vai mais de madrugada, né. Às vezes, ele (médico) vem aqui, consulta aqui mesmo. Às vezes, também ele já passa pras minhas filhas, ele encaixa aqui, porque ele é bacana [...] (Eleonora)

Pelo fato das meninas ((fisioterapeuta e terapeuta ocupacional)) virem até aqui, aí através delas eu já recebi visitas da farmacêutica, de uma nutricionista, então eu acho assim um fator muito positivo. Como eu falo pro pessoal aqui de casa: é um apoio. Então, a gente tem que ter esse auxílio, essa porta de entrada, porque se caso a gente precisar de uma coisa maior né, ser atendido... (Marta)

A visita domiciliar, para alguns, é a oportunidade de ter um atendimento no caso de quem está impossibilitado de se deslocar até a unidade de saúde por motivo de doença:

Quando ela podia andar, eu levava. Mas teve uma época que ela não conseguiu mais, aí a Amélia ((ACS)) foi e... ((silêncio)). Eu conversei com o doutor, aí ele disse 'não' ((explicou que seria melhor fazer a assistência no domicílio)) (Marta)

Antes, a gente levava ela (avó) no posto, né? Mas agora não, agora que eles começaram a vim... Ela debilitou muito mais por causa da idade, né? E ela reluta muito por algumas coisas, mas... ((silêncio)) (Ana Maria)

Uma das participantes deixou claro que a visita é uma facilidade no sentido de evitar procedimentos burocráticos na ida ao posto de saúde:

Olha, eu acho que seria mais difícil ((se não houvesse visita domiciliar)) porque, a gente vai no posto se matricular, e é a maior coisa. "A senhora vai pra ali, porque mora pra lá". Lá é assim né (Nelma)

Algumas informantes consideraram ainda este vínculo a opção para quem não pode pagar por um serviço de saúde suplementar (plano de saúde):

Olha, pelo menos da minha parte, eu acho bom, né. Quando eles estão aqui porque, às vezes, precisa, porque aqui nem todos precisam porque alguns têm plano de saúde. Já a minha avó precisa mais, que ela não tem (Ana Maria)

[...] mas sempre eu ia particular, porque eu tinha plano de saúde e tudo, daí agora não deu mais pra pagar e, agora, graças a Deus, eu tô recorrendo aí no posto (Maria Rita)

Eu tava pagando plano pra ele (filho), mas a gente entrou num aperto aqui em casa e o pai dele viajou agora e ele ainda não recebeu pra comprar uma pomada aí pro corpo dele ((para o filho)) (Eliana)

Sugestões para a melhoria do serviço

No geral, as informantes demonstraram-se satisfeitas com as condutas adotadas pela equipe de saúde. No entanto, algumas mencionaram o aumento da frequência das visitas como um potencial fator de melhoria para o serviço, como observado nos relatos abaixo.

Pra melhorar mesmo eu queria que eles visitassem mais ela (a avó), porque, na verdade, aqui, quem precisa mais é ela. Porque se mudasse mais e viesse com mais frequência, né (Ana Maria)

Esses tempo eu tava achando que ela tava demorando bastante a vim aqui. Se ela pudesse vim mais vezes, seria melhor ainda (Elisa)

Estas sugestões foram seguidas de comentários sobre o tema. Algumas informantes afirmaram receber visita frequente do médico. Outras, evidenciaram a pouca frequência ou ausência da agente de saúde em seu domicílio e, que, inclusive, deslocavam-se até o posto de saúde quando precisavam de algo ou solicitavam uma visita ao encontrarem-na ao acaso:

Olha, faz tempo que ela não vem. Acho que ela casou e ficou rica ((ri alto)). Aqui e acolá ela vem aqui (Sandra)

Com exceção das meninas ((fisioterapeuta e terapeuta ocupacional)) né, que elas tão vindo, é só a visita do doutor. É ((silêncio)). Não tenho mais assistência assim de nada. É porque a gente tem aquela visão de agente de saúde que ele vai, acompanha. Não vou te dizer que ela não vem. Quando eu solicito, ela vem, ou então eu vou lá (Marta)

A agente de saúde, com frequência, ela não vem muito. É mais pra deixar as coisas. Às vezes, eu que vou lá atrás dela ((ri)), mas quando precisa, ela vem. Depois que mudou aí, não sei o que foi, pararam mais de

tá andando nas casas dessa rua aqui, não sei os outros agentes (Ana Maria)

Outra informante, ao relatar a pouca frequência da visita, justifica o fato baseando-se na necessidade de atendimento:

[...] ele sempre vinha aqui dar assistência, verificar a pressão dela, mas aí ela melhorou, ficou boa, ele se ausentou um pouco, porque aí não tinha mais essa necessidade de ele ficar vindo todo dia (Odete)

As demais participantes afirmaram estar satisfeitas, não tendo motivos para reclamar ou sugestões a fazer. Vejamos a seguir alguns relatos:

Não, não. Nem do agente de saúde nem do médico eu não tenho queixa. Pra mim, é o melhor médico que tem aí nesse posto. Pra mim, é. E eu acho que todo mundo acha isso ((ri alto)) (Jacira)

Na minha casa, é ótimo. Tudo que ela pode fazer, ela faz. Tudo que é do alcance dela... (Sueli)

Porque até ele ((o médico)) vir de dois em dois meses, ele vem, consulta... (Ângela)

Uma das informantes fala sobre a sua satisfação com o trabalho do profissional que faz visita em seu domicílio e demonstra reconhecer suas limitações:

[...] ele é bacana. Ele passa o remédio e o posto, tendo, eles dão. Se não tiver... Aí esse outro que é pra pressão, o governo que dá, né. Aí, pra mim, tá tudo bem. Ele não pode fazer mais que outra coisa né, porque o presidente que tem que dar mais, assim, coisa pras pessoas, né, o recurso (Eleonora)

DISCUSSÃO

De maneira geral, os sujeitos revelaram que a visita da equipe ocorre como investigação de alguma necessidade de saúde ou para atender a essa necessidade mediante agendamento de consultas e provisão de medicamentos. Isto leva a crer que há uma valorização da visita como meio de acesso aos serviços de saúde, seja pela impossibilidade de algumas pessoas se deslocarem até a unidade (por desconforto, doença ou, até mesmo, por falta de tempo), seja pela falta de recursos para investir em um serviço de saúde suplementar.

As ações desenvolvidas no ambiente domiciliar, como descritas pelos sujeitos deste estudo, no geral, atendem à pro-

posta da ESF e aos princípios de equidade e universalidade do SUS ao monitorar a situação de saúde da família e, assim, identificar as demandas de sua área de abrangência; prestar assistência integral e contínua à saúde da população adscrita na unidade de saúde e no domicílio, e por ser um meio que facilita o acesso aos serviços de saúde, aproximando-o das necessidades da população.^{13,14,15}

Lima et al.¹⁶, em seu estudo sobre a visita domiciliar, já haviam constatado esta associação da visita à possibilidade de agendar consultas, além da entrega de resultados de exames e da ampliação do acesso ao serviço para aqueles que se encontram com alguma dificuldade de comparecer à unidade de saúde.

No entanto, Mandú et al.¹⁷ mencionam que esta associação frequente tem se tornado uma preocupação do Ministério da Saúde, e afirma que o enfrentamento desta questão está localizado no interior de um debate a ser encaminhado no âmbito dos municípios e unidades de saúde da família, em torno das finalidades e conteúdo das visitas, das condições existentes nos serviços locais à sua concretização, acerca das necessidades e responsabilidades dos usuários e famílias e das ESF na produção de saúde.

Estudos^{16,17} sugerem ainda que esta associação pode prejudicar o acompanhamento das famílias, possivelmente por influenciar algumas pessoas - que não se encaixam neste perfil - a serem menos proativas, no sentido de entenderem que este seja o principal objetivo da visita domiciliar, causando dependência e desestímulo a um envolvimento mais ativo na superação de condições adversas enfrentadas.

No que concerne às ações realizadas no domicílio, foi observada a predominância da descrição de ações no âmbito curativista como razões para a ocorrência da visita, o que revelou a valorização destas ações sob a ótica dos usuários. Esta característica também foi observada no estudo de Cruz e Bourget¹⁸, que menciona a prescrição medicamentosa e os cuidados individualizados como itens destacados pelos sujeitos.

Sobre esta realidade, Sosai e Pinto¹⁴ referem-se à importância da visita no que tange ao rompimento com a ideia da prática clínica e individualista. Desta forma, pode-se voltar a atenção para a família e à comunidade fora do hospital.

Quanto à melhoria do serviço, as informantes consideraram que a maior frequência das visitas poderia contribuir para a sua maior efetividade. Há ainda aqueles que entenderam, em determinado ponto, as suas limitações, atribuindo ao poder público a responsabilidade pela provisão de recursos para a manutenção dos serviços de saúde.

Embora seja preconizado que as equipes devam estabelecer um cronograma de visitas programadas, as falas revelaram que o agente de saúde demora a aparecer nas residências, in-

clusivo naquelas onde há maior necessidade de assistência. No entanto, há casos neste estudo em que outros profissionais realizavam a visita com mais frequência, como médico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Albuquerque e Bosi¹⁹ afirmam que outros profissionais, isoladamente, de fato, podem realizar visitas em determinadas situações.

A necessidade de assistência deve ser identificada na primeira visita, quando os agentes de saúde e profissionais da equipe estabelecem o seguimento das demandas. Porém, cabe aos ACS o acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade. Embora isto seja uma determinação do Ministério da Saúde, torna-se necessário conhecer a política, filosofia e definição dos serviços oferecidos pela unidade de saúde à qual a equipe está vinculada.¹³

No entanto, é imprescindível lembrar que o excesso de atribuições, associado à inadequação entre o volume populacional da área de abrangência e as equipes, também aparece como limitador para a participação dos profissionais nas atividades domiciliares.^{20,21}

É válido ressaltar que a efetividade da assistência (domiciliar e/ou clínica) não exclui a necessidade do acompanhamento do usuário e de sua família por parte da equipe após a intervenção. A PNAB esclarece que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, pois o vínculo estabelecido entre profissional e usuário permite o acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida do usuário, ajusta condutas quando necessário e diminui os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e coordenação do cuidado.¹⁵

CONCLUSÃO

Um olhar sobre a descrição das ações pelos sujeitos deste estudo permite observar que cada participante descreve a

visita domiciliar de acordo com sua necessidade e/ou de sua família, aborda diversas ações no domicílio. Vale considerar que isto merece ser observado quando se fala na busca pela qualidade do serviço de saúde, uma vez que, o que se busca é atender às necessidades de saúde da população.

No entanto, a perspectiva dos sujeitos atua, sob determinado ponto, como um fator limitador das interpretações deste estudo. Estas interpretações foram construídas a partir do que foi exposto nos relatos, o que pode diferir quando confrontam-se os relatos com a realidade.

O processo de trabalho da equipe de saúde é estabelecido de acordo com a necessidade observada pelos profissionais, o que nem sempre está de acordo com o que é percebido e descrito pelos usuários. Por isso, considerando as limitações deste estudo, sugere-se a realização de outras pesquisas que permitam conhecer, por parte dos gestores, as diretrizes da prática das equipes.

Ficam reconhecidas neste estudo as limitações da visita domiciliar ao reforçar uma prática curativista, deixando em segundo plano a produção de fatores que levem à reflexão e ação por parte dos usuários sobre seu estilo de vida.

Por outro lado, a visita mostrou ser um importante componente de assistência à saúde ao permitir o fortalecimento de vínculo do serviço com os usuários e facilitar o acesso à assistência à saúde, elementos estes conhecidos como fundamentais na reorientação do modelo assistencial de saúde.

Importante considerar ao final deste estudo a despretenção em apresentar conclusões absolutas sobre a visita domiciliar, uma vez que, tratando-se da percepção de indivíduos inseridos em diferentes contextos familiares, cada um revela o que está presente em sua realidade. Além disso, revela-se o reconhecimento do grande desafio da ESF ao lidar com a realidade biopsicossocial que envolve as famílias em um contexto de transição do modelo de saúde no país.

REFERÊNCIAS

1. Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residência Multiprofissional em Saúde. 2012 fev [citado 2012 set 24]. Disponível em: uepa.br/portal/ascom/ler_detalhe.php?id_noticia=1861137. Acesso em: 24 set. 2012.
2. Marin MJS, Siqueira Júnior AC, Nunes CRR et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4357-65.
3. Lacerda MR, Giacomozzi CM; Oliniski SR et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc*. 2006;15(2):88-95.
4. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1103-12.
5. Laganá MTC. A ética do cotidiano e a Estratégia Saúde da Família (ESF). *Saúde Coletiva*. 2009;6(34):230.
6. Abrahão AL. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. *Rev APS*. 2011 out;14(4):472-80.
7. Ribeiro CJ. Problematisando o instrumento visita domiciliar. *Sociedade em Debate*. 2010 jan;16(1):209-21.

8. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 31ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions: sage publications: international educational and professional publisher. London: Sage Publications; 1998.
10. Gadamer H. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. 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.
12. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-108.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
14. Sosaí LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. Cienc Cuid Saúde. 2010 jul;9(3):569-76.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2012.
16. Lima AN et al. A visita domiciliária realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saúde Soc. 2010;19(4):889-97.
17. Mandú ENT et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2008 jan;17(1):131-40.
18. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. 2010;19(3):605-13.
19. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços no município de Fortaleza (CE) [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2006. 99f.
20. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização dos serviços básicos e da estratégia Saúde da Família em centros urbanos do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(suppl 1): s7-16.
21. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(3):1969-80.

PERCEPÇÕES DE CRIANÇAS DE 8 E 9 ANOS SOBRE TABAGISMO

Perceptions of 8 and 9-year-old children about smoking

Talita Abi Rios

Fisioterapeuta. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Arthur de Almeida Medeiros

Mestre. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Doutora. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - maralisi@globo.com

CONTATO

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Cidade Universitária s/nº - Bairro Universitário

Campo Grande/MS - CEP: 79070-900

E-mail: maralisi@globo.com

O tabagismo é um dos maiores causadores de mortes evitáveis no mundo. O público jovem é mais vulnerável e propenso a fumar, por motivos como curiosidade, autoafirmação e identidade social, porém o entendimento das crianças sobre o tema é pouco explorado. O objetivo do estudo foi conhecer a percepção de crianças do ensino fundamental sobre os fumantes, o ato de fumar e sua visão sobre saúde e tabagismo. Foi realizado um estudo qualitativo, por meio de entrevista semiestruturada, e os resultados foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, junto a crianças de 8-9 anos de escolas públicas. Foram entrevistadas 38 crianças, 42,1% residiam com fumantes, destes 52,7% eram do sexo masculino. Não houve diferença entre os discursos das crianças que conviviam com fumantes e os que não habitavam com fumantes. Entre as percepções sobre os fumantes, houve aspecto de negatividade sobre eles com associação aos malefícios à saúde e ao vício; sobre como deve ser o ato de fumar, as crianças se referiram à morte, ao vício e à falta de ar; e as percepções sobre saúde foram relativas a doenças de coração e pulmão. As percepções sobre tabagismo apresentadas pelas crianças foram negativas e relacionadas a doenças e vício, possivelmente baseadas em experiências e observadas no cotidiano. As menções negativas sobre o tabagismo nesta faixa etária devem ser exploradas como um potencial para evitar ou postergar a iniciação ao hábito tabágico.

Palavras-chave:

Tabaco. Hábito de fumar. Criança. Pesquisa qualitativa.

Abstract:

Smoking is a leading cause of preventable deaths worldwide. The young population is more vulnerable and prone to smoking, for reasons such as curiosity, self-affirmation and social identity, but children's understanding of this topic has been little explored. The aim of this study was to find out about elementary schoolchildren's perceptions of smokers and the act of smoking and their views about health and smoking. A qualitative study was developed among 8 to 9-year-old children at public schools, through semi-structured interviews, and the results were analyzed using Collective Subject Discourse. 38 children (52.7% male) were interviewed, of whom 42.1% lived with smokers. There was no difference in the discourse between

children who lived with smokers and those who did not live with smokers. Among the children's perceptions of smokers, there were aspects of negativity in relation to health hazards and addiction and in relation to what it must be like to smoke, in which they mentioned death, addiction and shortness of breath; and their perceptions about health were related to heart and lung diseases. The perceptions of smoking presented by the children were negative and related to disease and addiction, possibly based on experiences and observed in their daily lives. The way in which smoking was mentioned negatively in this age group needs to be explored as a potential means of preventing or delaying the start of smoking habits.

Keywords: tobacco, smoking habit, child, qualitative research.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é o líder global entre as causas de mortes evitáveis em todo o mundo e favorece o desenvolvimento de inúmeras doenças crônicas como câncer, doenças cardiopulmonares, entre outras¹. Seus malefícios são amplamente propagados e conhecidos, ainda assim, continua a ganhar novos adeptos em todo o mundo, inclusive no Brasil, mesmo com as restrições de venda e marketing. Para a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 100 mil crianças tornam-se fumantes diariamente, e a dependência do tabaco inicia-se antes dos 19 anos². No Brasil, existem 8,7% de fumantes entre 18 e 24 anos³, mas há também de se refletir sobre a problemática do fumo passivo, vivenciada, em sua maioria, por crianças e adolescentes de até 15 anos, e cuja estimativa é de 15 milhões de crianças fumantes passivas⁴.

O público jovem é, de fato, o grupo mais vulnerável e propenso ao uso de tabaco por múltiplos fatores, que incluem aspectos socioeconômicos, pessoal, ambiental, influências biológicas e fisiológicas^{5,6}. Este é também o período da vida no qual há busca por autoafirmação na idade escolar, curiosidade⁷, busca de uma identidade social e conhecimento, aventura e liberdade, rebeldia e questionamentos acerca dos valores estipulados pelos adultos, o que torna os adolescentes propensos à experimentação do cigarro. Até mesmo atitudes de hostilidade na infância podem ser predisponentes ao ato de fumar⁸. Mesmo conhecendo os efeitos negativos do cigarro sobre a saúde, há também quem faça uso do tabaco como ferramenta para perda de peso, controle emocional e como resultado da própria influência familiar^{9,10}. Desta forma, a experimentação que inicialmente é desagradável, passa a se tornar um hábito que fornece prazer e induz à dependência^{9,10,11}.

O ato de fumar para crianças e adolescentes é baseado no modelo de repetição, dentro de um contexto social, por imitação comportamental e possibilitado pelo acesso ao cigarro em

casa, assim como a influência dos pares, amigos e de imagens sociais positivas, e crença nos benefícios como alívio do estresse, melhoria da concentração e do controle de apetite^{8,10,12,13}. Para muitas pessoas tabagistas e não tabagistas, o ato de fumar está relacionado a um mau hábito, e não a um vício que é prejudicial à saúde¹.

Neste processo, torna-se fundamental conhecer as percepções das crianças sobre tabagismo, para que se possa postergar e prevenir que elas se tornem tabagistas futuramente. É de extrema importância discernir os fatores modificáveis que influenciam na intenção de fumar, por meio de identificação precoce de grupos vulneráveis para criação de campanhas públicas focadas nas necessidades deste público^{13,14}. É essencial a compreensão das representações sociais desta população sobre o tabagismo, tornando-os mais acessíveis e adeptos a ações preventivas efetivas. Campanhas que trazem apenas informações sobre o tabagismo são menos eficientes do que as ações de educação em saúde e políticas voltadas para crianças, as quais possuem efeitos notáveis em longo prazo¹².

Atualmente, se tem conhecimento das percepções de escolares ingleses^{15,16,17}, húngaros¹⁸, americanos^{19,20} holandeses¹³, e canadenses²¹, porém no Brasil não foram identificados estudos sobre as percepções de crianças em relação ao tabagismo, apenas em adolescentes e jovens^{4,7,22}. Diante desta realidade, que inclui a experimentação precoce ao tabaco e a predisposição à dependência futura, assim como o desconhecimento das concepções existentes sobre o tema pelo público infantil, este estudo busca evidenciar a percepção de crianças do ensino fundamental sobre fumantes, o ato de fumar e sua visão sobre saúde e tabagismo.

MÉTODO

Este trabalho foi realizado em escola pública de ensino fundamental, no município de Campo Grande/MS, com escolares devidamente matriculados e assíduos às aulas, de 8 e 9 anos de idade, com autorização prévia pela direção, coordenação pedagógica da escola e responsáveis pelas crianças. Todos os entrevistados receberam orientações sobre o objetivo do estudo, relevância, garantia de anonimato e sigilo das informações. Foi-lhes dada a opção de participar ou não, e negar-se a responder as perguntas durante a aplicação da entrevista. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (protocolo número 31824/2012), e os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que autorizou as crianças a participarem do estudo.

A coleta de dados qualitativos se deu por meio de entrevista semiestruturada, aplicada no espaço físico da escola, em in-

fraestrutura adequada, sem interferências de ruídos externos, apenas na presença do entrevistador e do entrevistado, foram gravadas e posteriormente transcritas em sua integralidade. A pesquisa contemplou uma amostra autolimitada, cuja coleta foi interrompida quando os discursos tornaram-se repetitivos. Esta metodologia permite que os entrevistados discorram sobre o tema livremente, sem respostas pré-determinadas pelos pesquisadores. Assim, é permitida uma aproximação do universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores trazidos por esta criança sobre o tabagismo, não preocupada em quantificar, mas em alcançar a complexidade das relações sociais por meio do cotidiano, vivência, e senso comum²³.

Foram elaboradas questões norteadoras com intuito de obter as percepções dos entrevistados sobre tabagismo. As questões norteadoras utilizadas foram: “O que você pensa das pessoas que fumam?” e “Como você acha que seria fumar?”. Por meio da utilização desta metodologia é permitido aos entrevistados discorrer sobre o assunto sem que as respostas sejam induzidas pelo entrevistador.

Os dados de idade, gênero e se residiam ou não com fumantes foram submetidos à estatística descritiva. As transcrições das questões abertas foram analisadas de acordo com o método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC. Por meio deste método, capturam-se falas coletivas e se levantam as figuras metodológicas denominadas expressões-chave. Estas expressões-chave são compostas por declarações essenciais ao discurso, por meio de transcrições literais de parte dos depoimentos. Em sequência levantam-se as ideias centrais (IC) do discurso, que evidenciam a porção fundamental do discurso. Por fim, constrói-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), agrupam-se as concordâncias entre as expressões-chave, e sintetiza-se a percepção sobre o tema. Desta maneira, os discursos, que se encontram na primeira pessoa do singular, representam de forma sucinta e fidedigna as falas individuais, expressas em um discurso coletivo²⁴.

RESULTADOS

Dentre as 38 crianças entrevistadas, 57,9% não conviviam com fumantes e 42,1% residiam com fumantes, os quais eram os pais, avós ou irmãos. A amostra foi composta de 47,3% do sexo feminino e 52,7% do sexo masculino, e frequentavam regularmente escola pública de ensino fundamental.

Não houve diferença entre os discursos das crianças que conviviam com fumantes e as que não habitavam com fumantes. Nesta análise serão apresentados os três principais eixos identificados nos discursos dos entrevistados: Percepções sobre os fumantes; Percepções sobre o ato de fumar; Percepções sobre saúde e tabagismo.

Eixo 1: Percepções sobre os fumantes

O levantamento deste DSC foi conduzido por meio da questão: “o que você pensa sobre as pessoas que fumam?”. As crianças revelaram forte associação do ato de fumar aos aspectos emocionais e vício causado pelo tabagismo:

IC1: Fumam por que são nervosas, tristes e viciadas.

DSC1: *Acho que são bobonas, fumam porque ficam nervosas, e acabam tirando a alegria do corpo e são tristes. É uma falta de educação, e não deveriam fumar nunca. São bobonas, estão usando uma droga que faz mal, vão ter câncer e problema no coração e pulmão. São viciados, não pensam no que estão fazendo e vão morrer, por isso, tem que parar.*

Eixo 2: Percepções sobre o ato de fumar

Quando questionadas sobre como deve ser o ato de fumar “Como você acha que seria fumar?”, todas as falas foram negativas, com forte associação ao dano físico, revelando conhecimentos básicos de saúde/doença correlacionadas ao tabagismo, além da constante referência à morte em consequência ao ato de fumar. Em nenhum momento houve menções acerca do fumo passivo.

IC2: Fumar é ruim, vicia e prejudica a saúde.

DSC2: *Muito ruim, horrível! Eu ia ficar doente, parar no hospital e poderia morrer. Faz mal porque é uma droga, vai parar no pulmão e faz mal para as crianças. Eu ia sentir falta de ar por causa da fumaça, ia ficar viciada, e criança não pode fumar.*

Eixo 3: Percepções sobre saúde e tabagismo

As percepções relacionadas ao eixo Saúde foram levantadas ao longo de toda a conversa, por meio dos desdobramentos da entrevista semiestruturada, buscou-se evidenciar os conhecimentos relacionados aos efeitos do cigarro.

IC3: O cigarro é uma droga que vicia, causa doenças e pode matar.

DSC3: *Fumar faz mal, o coração fica um pouco preto e estraga o pulmão, dá câncer e estraga a vida. Quem fuma morre rápido demais porque é uma droga que vicia. Eu não gosto do cheiro, a fumaça é fedida e faz a gente tossir. Minha mãe disse que dá um negócio no coração. Acontece o que está atrás da caixa, tá desenhado um bebezinho às vezes, quando a mãe está grávida e fuma, o*

bebezinho fica doente ou morre. Mas eu desviro porque acho feio aquele desenho, porque em mim dá medo.

Apenas um discurso não relacionou o tabagismo a algo negativo:

IC4: Não acontece nada se fumar

Não acontece nada. Porque não aconteceu nada nunca com a minha mãe. Exceto um dia ela desmaiar, ou melhor, duas vezes, mas não foi por causa do cigarro. (DSC 4)

DISCUSSÃO

Percepções sobre o ato de fumar

Ao refletirmos acerca das percepções das crianças sobre os indivíduos que fumam, o aspecto de negatividade foi fortemente constatado nos discursos referentes ao ato de fumar. O mesmo resultado foi encontrado em outros estudos com crianças, os quais reforçam este achado, por meio de citações como a “estupidez dos fumantes”, “não faz bem para eles”. O ato de fumar foi considerado ruim para a vida dos fumantes por 91% das crianças entre 4 e 8 anos, as quais acreditavam que fumar era mau para as pessoas¹⁵. O cigarro foi apontado pelas crianças como algo que alivia o estresse de pessoas “nervosas e tristes”. Outros autores encontraram resultados semelhantes em relação ao hábito tabágico para aliviar o estresse: “Adultos fumam porque estão nervosos” e “porque pode ser relaxante”¹⁷. Andrews *et al*²⁰ diz que o ato de fumar possui componentes afetivos, ou seja, a resposta emocional das crianças ao fumo, aqui representada pela primeira parte do DSC1 “*Acho que são bobonas, fumam porque ficam nervosas, e acabam tirando a alegria do corpo e são tristes*”; e também por componente cognitivo, incluindo o conhecimento de riscos e consequências do tabagismo a curto e longo prazo, demonstradas pela segunda parte do DSC1.

É possível constatar que para crianças nesta faixa etária, seus pensamentos sobre pessoas fumando são associados a sentimentos negativos em relação a sensações, estado emocional dos fumantes e efeitos do cigarro na saúde. Mesmo com percepções negativas, a concepção de que o cigarro acalma pode ser um dos motivos pelos quais o indivíduo ao chegar à adolescência experimente o cigarro como uma válvula de escape, para relaxar e reduzir o estresse.

Percepções sobre o ato de fumar

O achado do DSC2 acerca do ato de fumar traz a reprodução de discursos compostos do conhecimento básico dos efeitos biológicos do cigarro à saúde, como “*vai parar no pulmão*”; “*Eu*

ia sentir falta de ar por causa da fumaça”; e “*ia ficar viciada*”. Esta representação é corroborada por estudos nacionais e internacionais, nos quais pré-adolescentes e adolescentes de 10 a 15 anos relatam que não gostariam de fumar por causa do cheiro e da fumaça. “Eu sinto o cheiro, isso me incomoda o nariz”, correlacionam a fumaça à tosse, e com efeitos ao pulmão, “é muito ruim, prejudica a saúde da pessoa... a fumaça dele, uma parte sai, a outra entra e fica no pulmão”^{4,18}. Há também referências à morte, “a pessoa morre”, e ato de fumar relacionado a adoecer e morrer^{4,18}. Por meio de uma metodologia com desenhos e escrita sobre o que as crianças pensavam ou sentiam sobre as pessoas que fumavam, constatou-se que 60% dos participantes apresentaram imagens e expressões negativas, com utilização de descritores como “doente”, “ruim” e “horrível”¹⁵, resultados similares aos encontrados nesta pesquisa.

A visão das crianças sobre o ato de fumar é direcionada às consequências em curto e longo prazo (falta de ar, vício e morte), diferente da percepção dos adolescentes, que em sua maioria, acreditam apenas em efeitos negativos aos fumantes em longo prazo - câncer de pulmão, doenças cardíacas, ignorando os efeitos de curto prazo¹⁹. Por isto é importante que as ações educativas incluam elementos sobre as consequências em curto e longo prazo, incorporando desde aspectos comportamentais e no organismo, como mau hálito, tosse, cansaço, até consequências mais graves como câncer e doenças cardiopulmonares.

Neste mesmo DSC, as percepções sobre o ato de fumar demonstram que há conhecimento sobre os malefícios causados pelo cigarro, associado como algo deletério à saúde: “*Eu ia ficar doente, parar no hospital e poderia morrer*”. Este dado pode ser resultado da inclusão do tema no plano de ensino da escola, das advertências sanitárias nas embalagens de cigarro e restrição ao marketing de cigarros no Brasil, ou pelo próprio Programa de Saúde na Escola, desenvolvido por meio da articulação da Atenção Primária à Saúde e das instituições de ensino escolar, cujo um dos objetivos é o controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer²⁵. A negação ao ato de fumar representada pela fala “*criança não pode fumar*” neste estudo, também pode ser resultado das políticas de restrição ao acesso de cigarro por menores de idade, como a estabelecida em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que proíbe a venda ou entrega de produtos compostos de elementos que possam causar dependência física ou psíquica²⁶, ou pela Lei nº 10.702/2003, que proíbe a venda de qualquer produto de tabaco para menores de 18 anos²⁷.

É importante ressaltar a necessidade da abordagem de temas de saúde no ambiente de ensino como uma potente ferramenta para educação em saúde das crianças. A escola tem influência social importante sobre o ato de fumar, pode ser

ferramenta de proteção que evita o uso do tabaco, e adere a padrões de comportamento²¹. Abordagens por meio de programas de prevenção nas escolas são eficazes para a redução do uso de tabaco, mas são necessárias mudanças que incluam a proibição da venda de cigarros próxima às escolas e o aumento do preço do cigarro^{22,28}, além de outras ações que visem dificultar o acesso do público infantil e jovem a esta oferta.

Percepções sobre saúde e tabagismo

Observamos que, apesar da pouca idade, a compreensão sobre os efeitos degradantes à saúde está estabelecida entre as crianças entrevistadas. No trabalho de Porcellato *et al.* (1999)¹⁵ os desenhos das crianças referentes a qual parte do corpo de um fumante havia sido afetada, 22% das crianças associaram ao câncer e danos a órgãos específicos como pulmão e coração, corroborando o resultado do discurso das crianças entrevistadas no Brasil pelas frases “o coração fica um pouco preto e estraga o pulmão”. Em outros estudos com crianças, assim como neste, é constatada a disposição negativa para fumar, com menções à morte e ao fato de ser um ato prejudicial à saúde. Apesar de não serem fumantes nesta faixa etária, seus conhecimentos são baseados em experiências passadas¹⁸ e carregados de sentimentos negativos quando há presença de fumantes, com declarações que incluem “o cheiro é horrível”, “triste, porque se minha mãe fuma às vezes pode morrer, e eu não quero que minha mãe morra”¹⁶. Podemos afirmar que as crianças entrevistadas também posicionam-se negativamente diante do hábito de fumar, utilizam como argumento suas experiências de vida, expostas pelas frases: “Minha mãe disse que dá um negócio no coração. Acontece o que está atrás da caixa”.

A alusão às advertências contidas nos maços de cigarro também demonstra o impacto que as imagens produzem ao público infantil, com expressões relacionadas ao temor - “acho feio aquele desenho, porque em mim dá medo”. Pode-se considerar que as imagens veiculadas nas embalagens de cigarro trazem uma leitura para a responsabilização e culpabilização pelo uso do tabaco, com efeitos ao fumante e não fumante e interferem na saúde. O último relatório da OMS sobre tabagismo, porém, ressalta que a indústria do tabaco tem buscado criar embalagens mais chamativas, com pacotes brilhantes, coloridos, com *design* gráfico atraente e imagens que fazem associação à felicidade e à diversão, destinadas ao público jovem²⁹. As mensagens visuais transmitidas nos maços de cigarro podem ser apenas impactantes para a sociedade, não atuam como ferramenta de educação em saúde com efeitos em longo prazo, e evitam temporariamente a experimentação do cigarro. São necessárias intervenções junto aos possíveis fumantes

jovens sobre a propensão a fumar socialmente ou de maneira intermitente com campanhas específicas para esse público, é fundamental compreender as vulnerabilidades associadas aos comportamentos de risco à saúde entre os jovens, para que sejam criadas estratégias efetivas para este grupo populacional³⁰.

Acerca do único discurso positivo sobre o hábito de fumar, a afirmação de que nada acontece ao fumante pode ser justificada pelo ambiente em que esta criança está inserida, associada aos conhecimentos que ela adquire sobre o tema. Shuck *et al* (2012) menciona a facilidade da criança em vincular uma percepção benéfica do tabagismo quando existe a presença de pais fumantes, associando a uma imagem de bem-estar, alívio de estresse, o que está de acordo com o discurso da criança entrevistada: “Porque não aconteceu nada nunca com a minha mãe”¹³. O autor ressalta ainda que para pré-adolescentes esta imagem transmitida pelos pais passa a ser de um modelo não tão prejudicial à saúde¹³. Também é necessário atentar que crianças com pais fumantes estão mais expostas ao fumo passivo, que além dos malefícios já esclarecidos sobre o tema, pode ser um predisponente à iniciação ao fumo, uma vez que o acesso ao cigarro dos pais torna-se mais fácil, e há um menor desconforto nas experiências iniciais ao fumar^{9,10}.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que na faixa etária de 08 a 09 anos a concepção sobre o ato de fumar é negativa, e que as percepções se dão com base em experiências vividas e observadas no cotidiano das crianças, com resultados similares aos encontrados junto a crianças de outros países.

A percepção negativa sobre o tabagismo nesta faixa etária deve ser explorada como um potencial para evitar ou postergar a iniciação ao hábito tabágico. As ações e políticas de saúde anti-fumo geralmente são direcionadas ao público adolescente e jovem, entretanto, o público infantil já tem concepções sobre o assunto. Tais concepções devem ser exploradas e trabalhadas de maneira a potencializar a proteção à experimentação ao cigarro, esclarecer possíveis dúvidas, suprimir mitos e transformá-los em educadores em saúde neste assunto, para multiplicar o conhecimento junto à sua comunidade, amigos e familiares. Ressaltamos que as ações de educação em saúde são fundamentais, e devem ser executadas com base nos conhecimentos prévios do público-alvo, com ações de proteção à saúde da criança, adequadas e elaboradas com o intuito de prevenir que crianças e jovens iniciem a experimentação do tabaco.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization - WHO. Who report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva; 2011.
- 2 Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009. Crear ambientes libres de humo. Suíça; 2009.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL BRASIL 2011 - Saúde suplementar. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Rio de Janeiro (RJ); 2012.
- 4 Lefèvre AMC, Pereira IMB, Oliveira NGS, Lefèvre F, Stewien GTM, Mirra AP, Simioni APC. Pais fumantes: o que pensam seus filhos?. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano 2006; 16(2):53-68.
- 5 Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tobacco Control, Atlanta (USA) 1998; 7:409-420.
- 6 Australian. Australian Government Department of health and ageing. Youth tobacco prevention literature review. Australian: June; 2005.
- 7 Spink MJ. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre o riscos e exclusão social. Saúde e Sociedade 2010; vol. 19, n. 3, pp. 481-496.
- 8 Hampson SE, Andrews JA, Barckley M. Predictors of the development of elementary-school children's intentions to smoke cigarettes: hostility, prototypes, and subjective norms. Nicotine Tob Res 2007 July 9;(7):751-760.
- 9 Milton B, Cook PA, Dugdill L, Porcellato L, Springett J, Woods SE. Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. Public Health 2004; 118, 246-255.
- 10 Milton B, Woods SE, Dugdill L, Porcellato L, Springett J. Starting young? Children's experiences of trying smoking during pre-adolescence. Health Education Research 2008; Vol. 23, nº2, 298-309.
- 11 Araujo AJ. Tabagismo na adolescência: Por que os jovens ainda fumam? Jornal Brasileiro de Pneumologia 2010; 36(6):671-673.
- 12 Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfaliais CS. Diretrizes para cessação do tabagismo. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2004; 30 (supl 2), cap 8.1; 47:54.
- 13 Schuck K, Otten R, Engels RCME, Kleinjan M. The role of environmental smoking in smoking-related cognitions and susceptibility to smoking in never-smoking 9-12 years-old children. Addictive Behaviors 2012; 37:1400-1405.
- 14 Backinger CL, McDonald P, Ossip-Klein DJ, Colby SM, Maule CO; Fagan P; Husten C, Colwell B. Improving the future of youth smoking cessation. American Journal of Health Behavior 2003; 27(2):170-184.
- 15 Porcellato L, Dugdill L, Springett J, Sanderson FH. Primary schoolchildren's perceptions of smoking: implications for health education. Health Education Research - Theory and Practice 1999; Vol.14 no.1, pages 71-83.
- 16 Woods SE, Springett J, Porcellato L, Dugdill L. 'Stop it, it's bad for you and me': experiences of and views on passive smoking among primary-school children in Liverpool. Health Education Research Theory and Practice 2005; Vol.20, no.6, pages 645-655.
- 17 Milton BS, Dugdill L, Porcellato LA, Springett J. 'My mum and dad said it calms you down': Children's perceptions of smoking as a coping strategy. Children & Society 2012; Vol.26, pp. 89-99.
- 18 Bak J, Piko B. Smoke-free world for children's welfare: Perceptions of smoking in preadolescence. Children and Youth Services Review 2007; 29:283-293.
- 19 Song AV, Morrell HER, Cornell JL, Ramos ME, Biehl M; Kropp R, Halpern-Felsher B. Perceptions of smoking-related risks and benefits as predictors of adolescent smoking initiation. American Journal of Public Health 2009 March; Vol.99, no.3, pp.487-492.
- 20 Andrews JA, Hampson S, Greenwald AG, Gordon J, Widdop C. Using the implicit association test to assess children's implicit attitudes toward smoking. J Appl Soc Psychol 2010; 40(9): 2387-2406.
- 21 Sabiston CM, Lovato CY, Ahmed R, Pullman AW, Hadd V, Campbell HS, Nykiforuk C, Brown KS. School smoking policy characteristics and individual perceptions of the school tobacco context: are they linked to students smoking status? J Youth Adolescent 2009; 38:1374-1387.
- 22 De Vitta A, Silva DT, De Vita FCF, De Conti MH, Vieira LM, Marta SN, *et al.* Conhecimentos sobre tabagismo em escolares. Journal of Human Growth and Development 2013;23(1):18-23.
- 23 Minayo MC (org). Pesquisa social - Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1998. p 80.

- 24 Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, orgs. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000. p. 138.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 24. Saúde na Escola. Brasília: 2009.
- 26 Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: 1990.
- 27 Brasil. Lei Nº 10.702, de 13 de julho de 2004. Dispõe sobre as restrições ao uso ou à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília: 2003.
- 28 Lovato C, Watts A, Brown S, Lee D, Sabiston C, Nykiforuk C, *et al.* School and community predictors of smoking: a longitudinal study of Canadian high schools. American Journal of Public Health. February 2013; Vol.103, No.2.
- 29 World Health Organization - WHO. Who report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Luxemburgo; 2013.
- 30 Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry research on smoking cessation. Journal of General Internal Medicine 2004 May; Vol.19, Part. 1.

A CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS

The contribution of popular education towards training physiotherapists

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Doutora. Professora da Universidade Federal da Paraíba

Renata Newman Leite Cardoso dos Santos

Mestre. Universidade Federal da Paraíba

Danyelle Nóbrega de Farias

Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba

Patrícia Meireles Brito

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba

Victor Augusto Hernandes de Alexandria

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba

Marcilane da Silva Santos

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba

Aleida Raquel Correia dos Santos

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba

CONTATO

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco

João Pessoa - PB - CEP: 58051-900

E-mail: katiaribeiro.ufpb@gmail.com

A fisioterapia tem se inserido na Atenção Básica (AB) por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de ampliar as ações desenvolvidas na AB. Isso impõe a necessidade de mudanças na formação do profissional, no sentido de responder aos problemas de saúde das pessoas e coletividades. A Educação Popular em Saúde (EPS), por meio da extensão popular, apresenta-se como uma importante estratégia para orientar essas mudanças. O Projeto de Extensão Popular Fisioterapia na Comunidade busca vivenciar a fisioterapia no nível da AB. Este Projeto tem como pressuposto teórico-metodológico e político a Educação Popular, baseando-se na construção coletiva do saber entre os sujeitos de forma horizontalizada. Este Projeto está vinculado ao curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba desde 1993 e possui como população envolvida os moradores de comunidades da periferia de João Pessoa, na Paraíba. O presente trabalho apresenta a percepção dos extensionistas acerca deste Projeto. A participação no Projeto Fisioterapia na Comunidade contribui para a formação de profissionais mais humanizados e socialmente comprometidos, promove a visão diferenciada do profissional em saúde, alarga sua compreensão acerca do processo de adoecimento humano, das formas de intervenção profissional e do seu papel perante a saúde das coletividades.

Palavras-chave:

Fisioterapia; Educação Popular; Extensão Universitária.

ABSTRACT

Physiotherapy has been incorporated into primary healthcare through family health support centers, with the aim of expanding the actions developed within primary healthcare. This creates a need for changes to professional training in order to respond to the health problems of people and communities. Popular health education through popular extension constitutes an important strategy for guiding these changes. The "Physiotherapy in the Community" popular extension project seeks experience of physiotherapy at

primary healthcare level. The theoretical, methodological and political presupposition of this project is popular education, based on collective construction of knowledge between subjects in a horizontal manner. This project has been linked to the physiotherapy course of the Federal University of Paraíba since 1993 and the population involved has been people living in communities on the periphery of João Pessoa, Paraíba. This paper presents the extension participants' perceptions about this project. Participation in the Physiotherapy in the Community project contributes towards training professionals who are more humane and socially committed, thereby promoting a differentiated view of healthcare professionals through broadening their understanding of the human disease process, the forms of professional intervention and their role in relation to community healthcare.

Keywords:

physiotherapy, popular education, university extension.

INTRODUÇÃO

Na última década, a formação dos fisioterapeutas tem passado por transformações tanto em decorrência do processo de mudança na formação dos profissionais de saúde em geral, como também e, principalmente, em função da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), do Ministério da Educação, que devem ser observadas na organização curricular dos cursos de Fisioterapia.

A despeito do reconhecimento de que essas mudanças têm ocorrido, elas ainda são muito tímidas, se considerarmos o perfil do egresso proposto neste documento, que estabelece a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual¹. As limitações na concretização desse perfil são de diversas ordens, mas podemos destacar alguns aspectos, tais como a dificuldade de desenvolver as dimensões humanista, crítica e reflexiva, considerando-se o histórico de formação acadêmica em fisioterapia biologicista, prioritariamente orientada pelas pedagogias tradicionais, conteudistas e de transmissão de conhecimentos². Outra limitação que se revela importante, diz respeito à atuação destes profissionais em todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que a vivência dos acadêmicos de fisioterapia nos serviços básicos de saúde ainda é incipiente na maioria dos cursos.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção

da saúde³. A vivência do futuro profissional de saúde nestes serviços é de fundamental importância, não apenas no sentido de atender ao disposto nas DCN, mas, também, no sentido de mostrar ao acadêmico as condições concretas de vida das pessoas e possibilitar um conhecimento mais aproximado das reais necessidades de saúde da população e das possibilidades de intervenção profissional.

A atuação na rede básica de saúde, representada, majoritariamente, pela Estratégia de Saúde da Família, possibilita, ainda, ao acadêmico a vivência em uma equipe multiprofissional, com potencialidade de exercício da interdisciplinaridade. Ademais, é terreno fértil para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, supera os limites da formação fisioterapêutica ainda muito focada nas ações de reabilitação.

Em muitas Instituições de Ensino Superior (IES) verifica-se uma dificuldade de realização de estágios na Atenção Básica, pela ausência do profissional fisioterapeuta nestes serviços. Considerada uma especialidade, a fisioterapia tem sido disponibilizada à população por meio da rede especializada de serviços. Essa lógica de distribuição, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, o que acarretou uma grande dificuldade de acesso da população⁴ e comprometeu a realização de atividades curriculares em alguns municípios do país.

Visando ao fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e à melhoria da qualidade e da resolubilidade da Atenção Básica, em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 154, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência. A presença do fisioterapeuta na Atenção Básica insere-se nesse contexto, de forma gradual e heterogênea, mas representa um ponto de partida para a ampliação do acesso da população aos serviços fisioterapêuticos.

Assim, a formação dos profissionais e a organização dos serviços de saúde devem ser estabelecidas de forma que respondam aos problemas de saúde e de adoecimentos das pessoas e coletividades⁵. Como forma de orientar a formação do fisioterapeuta para adequar-se à necessidade do profissional que atua nos três níveis de atenção à saúde, na prevenção, promoção e reabilitação, é necessário um modelo de formação mais horizontalizado, com tentativa de integração entre as disciplinas, e um olhar interprofissional para a saúde.

Nesse cenário, evidencia-se a importância de uma atuação capaz de responder às necessidades de ampliação de seu objeto, para tanto, a fisioterapia precisa redimensionar seu processo de trabalho, aproximar-se da AB, sem abandonar as competências referentes à reabilitação, e proporcionar mudanças na práxis profissional, de natureza epistemológica, na

concepção e atuação do fisioterapeuta⁶. A Educação Popular em Saúde (EPS) se apresenta como uma importante estratégia para orientar as mudanças necessárias aos profissionais de saúde no contexto do SUS.

A Educação Popular destaca-se como uma ação que busca superar o pensamento biologicista, prioriza a relação educativa com a população, rompe com a centralidade do poder dos médicos nos serviços de saúde, e busca formas de trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, a partir do saber anterior destas classes. Deste modo, é possível promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento do fator doença⁷. Dentre as ações de educação popular têm merecido destaque as ações extensionistas orientadas por esta perspectiva educativa e que são denominadas de extensão popular.

Com base nessas premissas o Projeto de Extensão Popular “Fisioterapia na Comunidade” busca vivenciar a fisioterapia no nível da Atenção Básica, atua na reabilitação, porém busca enfatizar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Tem como pressuposto teórico-metodológico e político a Educação Popular e baseia-se na construção coletiva do saber entre os sujeitos de forma horizontalizada. O Projeto está vinculado ao curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, desde 1993, e possui como população envolvida os moradores do bairro Grotão e da comunidade Maria de Nazaré, ambos na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba.

O Projeto Fisioterapia na Comunidade tem a finalidade de construir práticas juntamente com a população, de acordo com suas demandas e anseios, e em articulação com as Equipes de Saúde da Família e gestores, interligando os saberes científico e popular. Este Projeto tem contribuído, em seu território de abrangência, com a consolidação da autonomia individual e coletiva do paciente, com o fortalecimento das lutas populacionais, a otimização das conquistas sociais e a maior independência funcional de indivíduos acometidos por patologias. Ele representa um espaço importante de complementaridade da formação acadêmica, aproxima os estudantes da prática da fisioterapia na AB e na vivência da coordenação de grupos terapêuticos, e, por fim, propicia experiências diferenciadas com visões inovadoras primordialmente na educação em saúde.

O Projeto Fisioterapia na Comunidade tem se revelado importante no sentido de ampliar a concepção de saúde, contribui para formar profissionais mais humanizados e socialmente comprometidos. Desta forma, este trabalho destina-se a relatar a experiência de avaliação da contribuição do Projeto de Extensão Popular “Fisioterapia na Comunidade” para a formação de acadêmicos de fisioterapia na perspectiva dos seus participantes.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Foi desenvolvida uma oficina avaliativa com abordagem qualitativa, e por meio dos depoimentos de extensionistas participantes do Projeto de Extensão Popular “Fisioterapia na Comunidade”, buscou-se compreender como a participação no Projeto contribui para sua formação. No momento da avaliação, participaram da oficina sete extensionistas graduandos em Fisioterapia, na Universidade Federal da Paraíba; duas fisioterapeutas, e uma docente do referido curso. A avaliação procedeu-se com base em duas dimensões: a contribuição do projeto “Fisioterapia na Comunidade” para a formação pessoal do extensionista e a contribuição para sua formação acadêmica.

As falas dos extensionistas foram gravadas e transcritas e, posteriormente, analisadas por meio da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Esta técnica consiste em analisar o material coletado extraíndo-se de cada depoimento, artigos, cartas ou papers, as Ideias Centrais (IC) e Acoragens (A) e as suas correspondentes Expressões-Chave (EC). Com as Expressões-Chave, Ideias Centrais e Acoragens semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese, redigidos na primeira pessoa do singular ou primeira pessoa do plural, representando a fala de um eu coletivo⁸. Para análise dos relatos foram utilizadas Expressões-Chave dos discursos, cujas Ideias Centrais foram extraídas; posteriormente, foram construídos os Discursos do Sujeito Coletivo.

IMPACTOS

Dos sete extensionistas participantes da investigação, quatro são do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade entre 20 e 32 anos, do quarto ao sexto período do curso de Fisioterapia.

Apresentaremos, nesta seção, os discursos construídos a partir dos relatos dos extensionistas, com base nas Ideias Centrais oriundas da análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO POPULAR PARA A FORMAÇÃO PESSOAL DOS EXTENSIONISTAS

Em relação à contribuição da extensão popular para a formação pessoal dos extensionistas foram geradas três IC.

A primeira IC mostra a contribuição do Projeto para “Aquisição de valores éticos e morais”, com o seguinte discurso:

O projeto causa uma mudança dentro de nós como seres humanos aprendendo a exercer valores como humildade, respeito, atenção, ética, cuidado, dentre outros.

A formação profissional em saúde deve priorizar, além dos conhecimentos técnicos de sua profissão, conhecimentos éticos e morais, entretanto, o modelo formativo dos profissionais de saúde não prioriza a aquisição de tais valores. Na saúde, o ensino da ética está aquém da necessidade da sociedade, e torna-se necessário superar este modelo de formação⁹.

O processo educativo ocorre sob dois aspectos: a aprendizagem direta - ensino dialético; e o ensino indireto, por meio do qual os valores, atitudes e comportamentos são adquiridos na vivência com os professores, pacientes e equipes de saúde. Este último, chamado de 'currículo oculto', inclui também as relações sociais e os meios de comunicação. Desta forma, o cuidado em saúde é mais que um ato, é uma atitude que pode ser compreendida como preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro⁹.

A saúde precisa garantir a igualdade de atenção aos seres humanos. A ética é um veículo que auxilia, por meio da força do caráter e da consciência, ações mais iguais e humanitárias¹⁰. Este foi um ponto elucidado pelos extensionistas.

Ainda sobre a contribuição do Projeto para a formação dos fisioterapeutas, foi identificada a "Busca pelo "ser mais", como pode ser observado no seguinte discurso:

Tenho me tornado menos introvertida e mais participativa e percebo que posso sim, me tornar uma pessoa melhor a cada dia e que sou capaz de aprender, com cada simples ensinamento.

Segundo Garcia¹¹ (p. 89), o "ser humano é essencialmente relacional, por sê-lo, carece de outro para a construção de sua identidade". Para superar esta carência, estabelece relações de convivência e, doando-se, constrói sentimentos de humanização.

A humanização e a "busca pelo ser mais" é uma vocação ontológica do ser humano¹², que busca o conhecimento de si e do mundo, em prol de sua liberdade. O humano é programado para buscar o "ser mais" como meio de atingir a humanização, entretanto, o fato de o humano ser programado para "ser mais" não é garantia que por si só esta potencialidade seja colocada em prática. Desta forma, são necessários espaços que propiciem a "ação-reflexão, reflexão-ação, que propicie que o "ser mais" se emancipe"¹¹. Entretanto, por possuir poucos espaços no meio universitário que possibilitem esta busca pela autonomia e "ser mais" dos estudantes, o Projeto "Fisioterapia na Comunidade" representa um importante meio de propiciar aos educandos esse crescimento.

A terceira IC representa a "Maior capacidade de enfrentamento das dificuldades". Somos seres que necessitam se co-

municar, identificamos o outro e nos identificamos a partir do momento em que nos comunicamos, segundo Silva¹³, a comunicação se faz entre as pessoas por intermédio do subjetivismo, experiências, culturas, valores e objetivos; é, a partir de então, que o respeito ao outro surge, e na luta do "eu" agregado ao "nós", as lutas do outro passam a ser nossas, e essa mistura proporciona uma maior capacidade de superação das adversidades vividas. Vista por meio do discurso:

A participação no fisio me trouxe imensa satisfação pessoal e as histórias de vida compartilhadas nos tornam mais fortes e nos mostram que muitas vezes nossos problemas são pequenos quando comparados aos de outras pessoas.

A aproximação da realidade de vida das pessoas das classes populares, tão marcada pela precariedade das condições materiais e a complexidade dos problemas, permite que o extensionista reconheça as facilidades oriundas de sua classe social, bem como, os faz se sentirem fortalecidos para enfrentar as dificuldades do seu cotidiano.

CONTRIBUIÇÃO DO PROJETO PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA:

Dentre as contribuições do projeto de extensão para a formação acadêmica apontadas pelos estudantes, na primeira IC, fica evidente a contribuição em proporcionar a "Relação teoria-prática e a valorização do saber popular". A segunda IC mostra a contribuição desta extensão para aquisição da "Visão ampliada de saúde" pelos extensionistas. Assim, os depoimentos revelam que o Projeto auxilia os estudantes, desde o início do curso, a refletirem a teoria por meio da prática, a construir conhecimentos com base em suas próprias experiências. Promove reflexões sobre as dimensões do processo saúde/doença, permitindo a execução de ações que transcendam as orientadas pela clínica no sentido estrito e indicando uma concepção de saúde mais alargada. Obtendo-se os discursos:

É uma forma de pôr em prática aquilo que aprendemos na universidade, de valorizar a sabedoria popular e entender como a atenção, a ética e o cuidado precisam ser vivenciados na atenção à saúde.

Essa vivência nos ensina a prestar mais atenção no próximo, a não enxergá-los como uma simples doença a ser tratada, mas sim como uma pessoa que tem sentimento que precisa de um cuidado maior, levando a visão ampliada de saúde.

Esses discursos revelam a importância de relacionar o conhecimento teórico com a prática, sem torná-lo absoluto, ou seja, valorizando os saberes feitos da experiência das pessoas. Meirieu *apud* Perrenoud¹⁴ enfocou que aprender fazendo o que não se sabe fazer possibilita o desenvolvimento de competências no estudante, mobiliza o conhecimento adquirido para a realidade social, e extrapola o rigor metodológico que existe na atmosfera da sala de aula.

Já na terceira IC, identifica-se a contribuição deste Projeto para o “Trabalho em equipe”, ilustrado no discurso a seguir:

Nos proporciona a capacidade de trabalhar em equipe.

No trabalho em equipe existem contradições e tensões que permeiam o ambiente de trabalho pelas diversas especialidades, tornando-o muitas vezes um local de conflitos. Pinafo, Nunes e Gonzalez¹⁵ mostram que por meio das relações e interações entre os profissionais de saúde, e a partir da construção do diálogo e vínculos construídos, é possível produzir atividades educativas em saúde de forma a melhorar a resolutividade do cuidado em saúde. Uma das características da vivência neste Projeto de Extensão é o desenvolvimento de ações conjuntas com estudantes de outros cursos de graduação em saúde, com as equipes de saúde da família e com os moradores. As ações são planejadas, pactuadas e realizadas na perspectiva de diálogo, compromisso e responsabilidade compartilhados. Esse exercício interdisciplinar tem se revelado extremamente profícuo como aprendizado de trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS 4, aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 de março de 2002.
2. Ribeiro KSQS. A Fisioterapia e a Educação Popular em Saúde: mudança epistemológica e reorientação da prática. In Bispo-Jr JP. Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios. São Paulo: Hucitec, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
4. Ribeiro KSQS. A contribuição da extensão comunitária para a formação acadêmica em fisioterapia. *Fisioter Pesq.* 2005; 12(3): 22-9.
5. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *RBEM.* 2012; 36(3): 387-400.
6. Bispo-Júnior J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2009; 16(3):655-668.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que, na visão dos extensionistas, a experiência em um projeto de extensão popular amplia a concepção de saúde. Pode contribuir para formar profissionais mais humanizados e socialmente comprometidos, ou seja, promove a visão diferenciada do ser profissional em saúde, alarga sua compreensão acerca do processo de adoecimento humano, das formas de intervenção profissional e do seu papel perante a saúde das coletividades.

O envolvimento dos participantes do projeto com os moradores e lideranças comunitárias e profissionais da saúde resulta em troca de saberes e num processo de mudança por parte dos envolvidos, tanto em âmbito pessoal, quanto profissional. Mudanças estas que representam o movimento contínuo de atores que ensinam, aprendem, refletem, agem e refazem suas práticas.

O contato dos estudantes com o contexto econômico, histórico, cultural e religioso dos moradores da comunidade, lhes possibilita uma visão mais alargada do processo saúde-doença, e aponta para a perspectiva do cuidado integral em saúde. Ao relacionar os conhecimentos adquiridos no meio acadêmico com a prática realizada, os extensionistas reorientam e adequam esses conhecimentos, ao mesmo tempo em que transformam suas práticas, em um movimento de práxis. Esse aprendizado destaca-se como um movimento de mão dupla, por meio do qual o acadêmico contribui com o processo de consolidação da autonomia das pessoas, ao mesmo tempo em que vivencia, aprende com estes atores e reformula seus conceitos e pre-conceitos.

7. Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM (org). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 73-100.
8. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed. - Caxias do Sul, RS: Educs, 2005. 256p.
9. Schuh CM, Albuquerque IM. A ética na formação dos profissionais de saúde: algumas reflexões. Rev. bioét. 2009;17(1):55-60.
10. Gomes JCM. O atual ensino da ética para profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. Rev. bioét. 2009;4(1).
11. Garcia RM. Revista Caminhando, v. 16, n. 2, p. 89-95, 2011.
12. Freire P. Pedagogia da Esperança. São Paulo: Paz e terra, 2000.
13. Sales IC. Educação popular: uma perspectiva, um modo de atuar (alimentando um debate). In: Scocuglia AC, Melo Neto JF. (orgs.). Educação Popular - outros caminhos. João Pessoa: Editora Universitária - UFPB, 2001, p. 123-134.
14. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Tradução de Bruno Charles Megne. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
15. Pinafo E, Nunes EFPA, Gonzalez AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. Ciênc. saúde colet. 2012;17(7):1825-1832.