

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia.

Edição n. 2, v. 1, 2014



ABENFISIO
Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

Editores Chefes

Vera Maria da Rocha, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Editores Adjuntos

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

Editor de Assuntos Internacionais

Carolina Fu, Universidade de São Paulo, Brasil

Conselho Editorial

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

Revisor de Língua Portuguesa

Manuela Lagos Leite
Wanderson Ferreira da Silva

Revisor de Língua Estrangeira

Ana Luísa Moreira Nicolino
Wanderson Ferreira da Silva

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Beccon de Almeida Neto

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Publicação

Editora Rede UNIDA



Sumário

EDITORIAL.....5

ESPAÇO ABERTO - CARTA DE CAMPO GRANDE - CONSELHO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA - *Vinicius Santos Sanches, Janainny Magalhães Fernandes, José Félix de Brito Júnior, Alisson Eduardo Ferreira Machado, Leticia Stanczyk, Cid Gonzaga Gomes, Alini Nunes de Oliveira, Henkeo Pablo Peixoto da Silva, Geísa Dias Wanderley, Luiz Hermínio de Arruda Alcântara.....7*

ARTIGO ORIGINAL

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO SEMESTRE - *Gilza Brena Nonato Miranda, Renato da Costa Teixeira.....13*

A METODOLOGIA DIALÉTICA NO ENSINO DE MÉTODOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL PARA A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA - *Fernanda Santucci, Debora Stripari Schujmann, Juliana Ferreira Sauer, Renata Hyde de Hasue, Sílvia Maria Amado João.....27*

FATORES SOCIOAMBIENTAIS E MÍDIA: EXPOSIÇÃO E INFLUÊNCIA AO TABAGISMO E USO DE DROGAS NA INFÂNCIA - *Janainny Magalhães Fernandes, Vinicius Santos Sanches, Nayara de Araújo Muzili, Gustavo Christofolletti.....43*

REPERCUSSÕES DA ROTINA DE CUIDADOS AO FILHO COM MIELOME- NINGOCELE NA QUALIDADE DE VIDA DE SUAS MÃES - *Dirce Shizuko Fujisawa, Eliza Dieko Oshiro Tanaka, Mariana Zingari Camargo.....57*

SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA AO ESTAGIAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - *Arlete Ana Motte, Luiz Arilton Vieira, Izabela Pichinin Bertola, Manoela de Paula Ferreira.....73*

RELATO DE EXPERIÊNCIA - METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR: UMA EXPERIÊNCIA NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM FISIOTERAPIA - *Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Maria Saleti Lock Vogt, Ana Fátima Viero Badaró.....85*

RESUMO DE DISSERTAÇÃO - RECONHECENDO-SE COMO SUJEITO DE RISCOS: A CONSCIÊNCIA DOS POSSÍVEIS DANOS DA TUBERCULOSE - *Maira Rossetto.....95*

RESUMO DE TESE - CLÍNICA-ESCOLA: DISCUSSÃO E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO SUPERIOR DA SAÚDE - *Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha.....97*

EDITORIAL

Repensar os processos de ensino-aprendizagem na saúde e, junto com eles, reinventar os usos e relações entre os diferentes cenários de práticas, promovendo rupturas e dissensos entre os velhos modos de pensar o ensino e as práticas de saúde tem sido a tônica das últimas décadas no mundo e, particularmente, no Brasil.

Em nosso país, este cenário de rupturas e continuidades tem promovido um intenso debate, movido por experimentação de ideias e inovações, reformas curriculares e um sem número de reflexões sobre os novos sentidos e intencionalidades que devem ser postos e/ou repostos nesta lide cotidiana do ensino em saúde, de triplo desafio: cuidar de pessoas enquanto se ensina outras a cuidarem daquelas; sem descuidar de si mesmas; e sem desconsiderar os processos, contextos e cenários fragmentados em que se espalha a peleja pela produção de cuidado e promoção da saúde com qualidade e denodo. Aliás, tripla demanda da sociedade que tem, enquanto tal, reclamado pela sensação de insegurança e incerteza que a acomete todas as vezes em que se depara com os serviços e ações de saúde quando lhe são prestadas e ofertadas de maneira ‘fria’, tecnicista, desumanizada, burocraticamente organizada, economicamente centrada. Mais até, já produz inquietações naqueles que são agentes destas práticas, estarrecidos com a racionalidade insensível que alimenta a cadeia de produções e produtos chamados de saúde, e intranquilos quanto ao que lhes espera, uma vez que atravessem o umbral tênue que separa agentes de pacientes. São estas as tarefas a que se têm entregues mulheres e homens envolvidos na tarefa de produzir agentes e cuidar de pessoas (pacientes) aqui e acolá, do mais simples ao mais tecnologicamente denso ou complexo. Tarefas tão indissociáveis quanto para as quais inexistem em número suficiente espaços de compartilhamento das experiências, vivências e reflexões produzidas diante e para estes desafios. Afinal, o mundo dos periódicos científicos tem, cada vez mais, se especializado em nichos e focos, em que cada um procura marcar um aspecto identitário, ora se apresentando como publicação especializada em X, ou em Y, e no máximo em Z+W.

Por estes motivos, é jubiloso o lançamento deste segundo número dos *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, uma publicação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), que nasceu como “*veículo para a divulgação das produções nas interfaces da saúde/educação, a fim de proporcionar a interlocução entre os diversos saberes, alinhado às demandas da sociedade*”. Se seu objetivo é a consolidação e difusão dos conhecimentos produzidos em uma perspectiva mais abrangente e próxima da realidade da saúde e da educação, tampouco deixa de considerar que esta interface é a própria alma da reunião das duas áreas. E todas as vezes que nela mergulhamos como estudantes, preceptores, tutores, aprendizes, residentes, apoiadores, facilitadores, ou qualquer que seja o nome que se dê ao que fazem todos os envolvidos na tarefa de produzir cuidado a saúde e/ou reproduzir os agentes necessários a este mister.

Os artigos que vão publicados neste número dizem muito sobre a natureza multidimensional do que constitui objeto de interesse para o debate, a reflexão e o compartilhamento deste espaço. No primeiro deles, o que se discute e se apresenta, ao fim e ao cabo, é o para quê fazer reforma curricular se não for para colocar o aluno/estudante na posição ativa de sujeito do seu aprendizado? Complementar a este o quê, e diríamos dialeticamente complementar, é a interrogação em outro artigo, sobre o saber/fazer professor, ou tornar-se um dos pólos do processo ensino-aprendizagem, se não for potencializar aquele mesmo papel ativo do sujeito que aprende em sintonia com aquele sujeito que ensina a aprender, e sob esta ótica refletir sobre a inversão de rota e de paradigmas, vez que neste caso que se relata o que se articula é teoria e prática do ensinar/aprender e a avaliação dos estudantes, que por terem se tornado sujeitos ativos, precisa também esta última ser revista e adequada. Seguem-se artigos, dois, em que se abordam as dimensões subjetivas da vivência de situações por pessoas sob cuidado e/ ou seus cuidadores. No primeiro caso, os impactos na qualidade de vida de mães cuidadoras de filhos com condições permanentes de agravos a saúde; no segundo caso, das sensações dos estudantes estagiários em unidades de terapia intensiva, lugar em que se convive com situações graves e limitadas de saúde. Da vertente *promoção da saúde*, temos o artigo que aborda as influências da mídia e de fatores sócio ambientais no uso do tabaco por jovens e adolescentes. Por fim, mas não por último, um artigo aborda outra das questões cruciais nestes tempos de reformas e rupturas na formação, que é o dimensionamento da visão atingida por estudantes do último ano de graduação acerca do papel do fisioterapeuta na atenção básica, esta pedra angular do sistema nacional de saúde, para a qual se persegue, cada vez mais, efetivação e transformação em foco de interesse para a formação profissional em saúde.

Eis aí, em toda a sua riqueza e multiversidade, o mosaicismo constituinte das práticas de educação e saúde reunidas.

Vida longa aos *Cadernos!*

Giovanni Aciole

Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professor Adjunto da Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

CARTA DE CAMPO GRANDE - CONSELHO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA

Vinicius Santos Sanches

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

Janainny Magalhães Fernandes

Residente em Residência Integrada em Saúde, ênfase Atenção Básica – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

José Félix de Brito Júnior

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba

Alisson Eduardo Ferreira Machado

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná.

Leticia Stanczyk

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Positivo, Paraná.

Cid Gonzaga Gomes

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria.

Alini Nunes de Oliveira

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Henkeo Pablo Peixoto da Silva

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Alagoas.

Geísa Dias Wanderley

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba.

Luiz Hermínio de Arruda Alcântara

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Católica Dom Bosco, Mato Grosso do Sul.

Como tudo (re)começou, (re)encontros e (re)construções

A Executiva Nacional dos Estudantes de Fisioterapia (ENEFi) é uma organização autônoma, sem fins lucrativos, de representação nacional dos discentes de Fisioterapia do Brasil, tendo suas atividades dirigidas pelo Movimento Estudantil, que se organiza a partir da necessidade de um espaço de debates encontradas por um grupo de estudantes. Este movimento culminou com a criação da ENEFi, em 28 de julho de 2002, na cidade de João Pessoa/PB, decorrente de outros encontros anteriores e marcado pela aprovação do estatuto e eleição da primeira gestão.

Em 2011, após o cancelamento do VIII Encontro Nacional dos Estudantes de Fisioterapia, a ENEFi ficou sem gestão e desarticulada. Conseqüentemente, o movimento estudantil ocorria de forma isolada, através dos Centros e Diretórios Acadêmicos (CA's/DA's), de modo que não ocorresse trocas de experiências e debates a nível nacional.

A reestruturação da ENEFi começou com a articulação de estudantes para a organização de um encontro discente durante o XXIII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, organizado pela Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), realizado em 2013, na cidade de Curitiba/PR. Deste encontro surgiu uma comissão para organizar um Conselho onde fosse possível oficializar estatutariamente o processo de eleição de uma Coordenação Nacional da Executiva.

O Conselho Nacional dos Estudantes de Fisioterapia, realizado na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/MS, em janeiro de 2014, foi um momento político de debates sobre as interfaces entre o movimento estudantil, educação, saúde pública, gênero, sexualidade, controle social e a rearticulação da Executiva. Como encaminhamento deste momento, foi redigida a Carta de Campo Grande, fruto de importantes discussões e direcionamentos acerca das lutas do movimento em prol da saúde pública; educação de qualidade, emancipatória e voltada para necessidades locais; e da valorização profissional do Fisioterapeuta.

Após a realização deste primeiro Conselho Nacional dos Estudantes de Fisioterapia, houve um segundo momento construído em Natal – RN entre os dias 27 e 30 de setembro de 2014 e o Encontro Nacional de Estudantes de Fisioterapia, realizado em janeiro de 2015 na cidade de João Pessoa - PB. Neste último, além de debater ainda mais os temas já abordados em Campo Grande, e com um maior

número de estudantes, fisioterapeutas, outros trabalhadores e convidados, contou com a realização da assembleia final onde se reestabeleceu a nova gestão da ENEFi.

Portanto, este documento foi construído pela Gestão Interina (2014/2015) da ENEFi e é fruto dos debates realizados no Conselho Nacional de Estudantes de Fisioterapia de Campo Grande-MS, em que a ENEFi após os dois anos de desarticulação volta as discussões no movimento estudantil.

Carta de Campo Grande – diálogos pertinentes

Campo Grande, 29 de janeiro de 2014.

Caros leitores, estudantes, fisioterapeutas, professores, coletivos e sociedade brasileira, nós do Movimento Estudantil da Fisioterapia no Brasil, nos reunimos entre os dias 27 e 29 do mês de janeiro de 2014 na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, em Campo Grande - MS, através do Conselho Nacional dos Estudantes de Fisioterapia (CONEFi). Ação esta que reuniu acadêmicos de Instituições de Ensino Superior Públicas e Privadas das regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste, com suas respectivas lideranças estudantis, para reestruturação da Executiva Nacional dos Estudantes de Fisioterapia (ENEFi).

Tendo em vista a atual conjuntura nacional no que se refere à saúde, educação e trabalho, acreditamos no potencial do Movimento Estudantil para transformação social através da construção de políticas públicas. Diante disso, o objetivo da reestruturação da ENEFi foi baseado em propostas de melhorias no eixo ensino-pesquisa-extensão condizentes com a realidade e necessidade de saúde da população brasileira, somadas às condições de trabalhos na saúde, que devem ser garantidas nos diversos níveis de complexidade, com enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS), no trabalho interdisciplinar, na corresponsabilização, integralidade e continuidade do cuidado, na autonomia dos sujeitos, na humanização e no diálogo de subjetividades.

Neste sentido, reconhecemos a importância de políticas indutoras e estágios de vivências para melhoria da formação, como o Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), dentre outros. Somados a isso, entendemos que os mesmos podem complementar grades curriculares, inclusive se tornar parte dos Projetos Político-Pedagógicos da graduação, de forma a alcançar os objetivos pertinentes das Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde (DCN) e Fisioterapia.

Compreendemos que a Universidade tem o papel de formar acadêmicos críticos e protagonistas, a fim de potencializar as ações de controle social, sejam elas em âmbito local, municipal, estadual e/ou nacional. Somados a isso, acreditamos que a

juventude deve ocupar esses espaços, não só enquanto estudante, mas como cidadão responsável pelas políticas adotadas no espaço de controle social.

E, diante do exposto, reivindicamos, enquanto representantes do Movimento Estudantil de Fisioterapia do país, um ensino de qualidade pautado no compromisso ético e social, nas metodologias ativas de ensino e aprendizagem, com valorização do estudante como ser protagonista de seu conhecimento e consciente de suas responsabilidades sociais. Um ensino pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na humanização, amorosidade, com o incentivo de seres pensantes e comprometidos politicamente com a saúde, a educação, o serviço e controle social. Por acreditar que a educação é libertadora, reivindicamos, ainda, uma educação não mercantilista predatória, onde as Instituições de Ensino saibam cumprir com seu papel social e valorize, acima de tudo, a emancipação dos sujeitos.

Tendo em vista o mundo atual e as discussões de gênero, raça/cor, e classes sociais, dentre outros, valorizamos, ainda, o respeito às diversidades e os direitos cidadãos contidos nas leis, onde, acima de tudo, a identidade individual seja respeitada pelos profissionais da saúde. Respeitamos e apoiamos o direito de ir e vir, de ser e estar de todo e qualquer cidadão, bem como suas diversidades culturais, de gênero, étnicas e sociais, colocando-nos contra a todo ato preconceituoso, de opressão, racista, machista, homo/transfóbico, de classe e religião. Colocamos, ainda, como dever das Instituições de Ensino abordagens e discussões referentes às políticas públicas de gênero, credo e raça, a fim de abordar uma visão generalista e integral da saúde por parte dos futuros profissionais.

Lutamos na defesa de melhorias no acesso aos serviços de saúde para a população que necessita da continuidade do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, as quais, por muitas vezes, não possui quantidade e qualidade suficientes para suprir a demanda. Por parte dos gerentes deste país, reivindicamos, uma ampliação e valorização do profissional fisioterapeuta como membro de essencial importância nas equipes de atenção à saúde primária, secundária e terciária, com destaque na APS e na reabilitação, que se encontram carentes deste profissional em diversas regiões do Brasil, trazendo à tona um problema de origem gerencial e, tendo como consequência, a falta de acesso à continuidade dos serviços por populações que apresentam algum tipo de restrição ao domicílio e deficiências das mais diversas origens, bem como a prevenção de doenças agravadas. Neste intuito, enfocamos a importância da fisioterapia nas ações de prevenção e promoção da saúde como uma das formas de produção de vida.

Defendemos e reivindicamos melhoria no acesso à saúde, educação de qualidade condizentes com a realidade do SUS, condições dignas de trabalho, popularização e valorização profissional. Acreditamos na saúde como direito do povo e dever do estado, garantido pela constituição federal.

Entendemos que toda e qualquer forma de privatização dos serviços de saúde, tais como, Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ferem os princípios do SUS, regridem a lógica da saúde como mercadoria e não um direito, não havendo mecanismos de controle social para efetivar a gestão, ameaça a independência das pesquisas desenvolvidas nos Hospitais Universitários (HU) e permite a flexibilização de vínculos do trabalho. Defendemos um SUS 100% público, universal, estatal e de qualidade; lutamos contra toda e qualquer forma de privatização dos serviços públicos de saúde.

Bandeiras de Luta da ENEFi

- Lutamos por um SUS 100% público, universal, estatal e de qualidade; sendo contra toda e qualquer forma de privatização dos serviços públicos de saúde;

- Reivindicamos um ensino pautado nos princípios do SUS, na humanização, amorosidade, com o incentivo de seres pensantes e comprometidos politicamente com a saúde, a educação, a gestão e o controle social, como forma de cuidar bem das pessoas, valorizando a educação popular, o empoderamento, as políticas públicas de saúde e a valorização profissional;

- Requeremos a melhoria no acesso aos serviços de saúde para a população que necessita da continuidade do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde;

- Somos contra a todo ato preconceituoso e de opressão à raça, cor, gênero, sexualidade, condição socioeconômica, de trabalho, cultural e religiosa;

- Defendemos a ampliação e valorização do profissional fisioterapeuta como membro de essencial importância nas equipes de atenção à saúde nos três níveis de atenção, principalmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

E, diante de toda a sociedade civil, colocamo-nos como corresponsáveis pela luta dos direitos e anseios supracitados, em prol da fisioterapia, da saúde pública, da educação, do trabalho e da dignidade humana.

Gestão Interina da Executiva Nacional de Estudantes de Fisioterapia (2014-2015).

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO SEMESTRE

The role of the physiotherapist in primary care: knowledge of the last academic semester

Gilza Brena Nonato Miranda

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Área de Concentração 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

Endereço de contato:

Gilza Brena Nonato Miranda

E-mail: gilzabrena@hotmail.com
Endereço: Rua João de Deus,
1025 - Bairro Guamá - Belém - PA

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento teórico dos acadêmicos do último semestre do Curso de Fisioterapia de duas Instituições de Ensino Superior, a respeito da atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária, considerando suas opiniões acerca da abordagem desse tema na academia. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram entrevistados 16 acadêmicos do último semestre do Curso de Fisioterapia através de um questionário com perguntas abertas e fechadas para determinar o perfil dos sujeitos; investigar o seu conhecimento e permitir uma autoavaliação em relação à abordagem do tema na graduação. Os resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, cor parda, com média de idade de 20,5 anos; cujas áreas de maior interesse foram Fisioterapia respiratória, neurológica, saúde coletiva e traumatologia-ortopedia. Em relação aos conhecimentos dos acadêmicos sobre Atenção Primária, os participantes demonstraram domínio satisfatório dos conteúdos teóricos. Todavia, no que se refere à prática, houve uma dificuldade nas suas respostas. No item sobre autoavaliação, os sujeitos ressaltaram a necessidade de maior ênfase nas vivências práticas e incentivo por parte da academia para atrair mais profissionais para essa área

de atuação. Por meio desta pesquisa, constatou-se que houve alguns avanços nessa área e na abordagem desse tema durante a graduação dos Cursos de Fisioterapia. No entanto, algumas iniciativas ainda precisam ser discutidas a fim de proporcionar ao estudante maior contato com essa área e, desse modo, incentivar a um maior número de profissionais para esse nível de atenção.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Primária. Educação Superior.

Abstract

The aim of this study was to verify the theoretical knowledge of graduation students in the last semester of two Physiotherapy colleges about the role of physiotherapists in Primary Health Care, considering their opinions about broaching this issue in the academy. It was about a qualitative study in which 16 students of these colleges were interviewed, answering to a questionnaire with open and closed questions to determine the profile of the participants; to investigate their knowledge and self-evaluation in relation to broach that subject in graduation course. The results showed that the majority of the participants were female, mulatto and average age of 20,5 years; the areas of greatest interest were respiratory physiotherapy, neurological physiotherapy, public health, traumatology and orthopedics. Regarding their knowledge about primary care, participants demonstrated satisfactory domain of theoretical concepts. However, concerning the practice of physiotherapist in this area, it was observed some difficulties in their answers. In the item on self-evaluation, participants highlighted the

need for greater emphasis on practical experiences and college encouragement to attract more professionals to this specialty. Through this survey, it was found that some advances in this area and in broaching this issue during Physiotherapy graduation course are observed. However, some initiatives have yet to be discussed in order to provide students with greater contact with this area, encouraging a greater number of professionals for this level of attention.

Keywords: Physical Therapy. Primary Care. Higher Education.

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde no Brasil sofreu diversas alterações a partir da década de 1970, mas sua organização se deu a partir da Atenção Básica — que é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve promoção, prevenção de agravos à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, humanização, equidade e participação social, fortalecendo-se a partir de 1994, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF).¹

A ESF, vertente brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS), caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado,

que é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país, e para apoiar e ampliar suas ações, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.²

Nesse contexto, a implementação da portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde³, que cria os núcleos de atenção integral na Saúde da Família com finalidade de ampliar a integralidade, torna possível a inclusão do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde nas equipes da ESF.⁴

Para que isso ocorra, fazem-se necessárias mudanças na formação dos profissionais fisioterapeutas, que devem iniciar-se durante a graduação e manter-se como um processo de educação permanente após a inserção deste no mercado de trabalho. A formação do fisioterapeuta atual deve objetivar a capacitação de um profissional capaz de atuar nos níveis de promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde do ser humano; e não apenas na reabilitação, a qual esteve atrelada no início do processo de criação da profissão.⁵

Diante disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) descrevem no Artigo 3º que “O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/

profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual”, por meio de “um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”, conforme descreve seu Artigo 9º.⁶

Todavia, a reduzida ênfase em APS nas grades curriculares e a forma burocrática como a disciplina, em muitos casos, é ministrada resultam em desconhecimento e desinteresse do profissional pela atuação educativa e preventiva em saúde pública. De outra parte, prepara-se um profissional motivado demasiadamente para atividade clínica liberal, pouco afeito ao trabalho em equipe e despreparado para a saúde coletiva.⁷

Por esse motivo, observa-se a crescente necessidade de investigar como os futuros profissionais de fisioterapia estão sendo preparados, durante a academia, para atuarem na área de APS, analisando se estes encontram-se minimamente adequados às exigências do contexto de atuação na ESF, tendo-se em vista que esta é uma área bastante ampla e demanda um profissional diferenciado na execução de suas políticas.

O objetivo geral desta pesquisa foi verificar o conhecimento teórico dos acadêmicos do último semestre do Curso de Fisioterapia de duas Instituições de Ensino Superior (IES), a respeito do contexto que envolve a atuação do profissional de fisioterapia dentro da Atenção Primária, considerando sua opinião acerca da abordagem desse tema dentro da academia.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CCBS/UEPA, por meio do protocolo 427.924 de 17 de outubro de 2013, e pelos sujeitos participantes da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, na qual, segundo Minayo^{8:178-9}, “o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, abrangência e a diversidade no processo de compreensão”, cuja amostra tende a ser relativamente menor em comparação às pesquisas quantitativas. Além do mais, acrescenta-se também o fato de que, em pesquisas dessa natureza, o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista. A validade da amostra está na sua potencialidade de visar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.

Diante disso, no presente estudo foram selecionados 16 acadêmicos, 8 da instituição pública e 8 da instituição privada, segundo o critério proposto por Turato⁹ denominado amostragem por variedade de tipos, no qual apesar da diversidade existente, todos os sujeitos devem encontrar-se reunidos por um critério de homogeneidade fundamental, ou seja, pelo menos uma determinada característica ou variável deve haver comum a todos os sujeitos. Nesse caso, a característica comum correspondia a ser acadêmico do último semestre do Curso de Graduação em Fisioterapia. Os acadêmicos foram eleitos de modo aleatório e não randomizado, cujo fechamento do tamanho amostral se deu pela saturação dos discursos coletados.

Foram selecionadas duas IES para execução da pesquisa, uma de caráter público e outra de caráter privado. Ambas as instituições foram eleitas pela semelhança na abordagem dos conteúdos relacionados à Atenção Primária, as quais permitiam ao acadêmico vivenciar temas relacionados à área durante todo processo de formação.

O roteiro de entrevista utilizado nesta pesquisa foi baseado no instrumento elaborado por Aguiar⁷ com adaptações realizadas pelos pesquisadores. O instrumento foi composto por três seções: seção A, para elaboração do perfil dos entrevistados; seção B, com o propósito de investigar o conhecimento dos acadêmicos a respeito dos conteúdos relacionados à área da Atenção Primária; e, por fim, a seção

C, contendo cinco questionamentos, a fim de provocar uma autorreflexão nos sujeitos no que se refere ao processo de formação acadêmica para atuação no nível primário de atenção. Após a elaboração, o roteiro foi avaliado por profissionais da área de saúde pública (docentes da área) para que pudessem analisar a adequação do instrumento ao público-alvo e sugerir possíveis adaptações. Posteriormente às adaptações, executou-se a próxima etapa da pesquisa.

Após a elaboração e adaptação do protocolo, foram consultadas as duas IES selecionadas previamente para execução da pesquisa, as quais o projeto foi devidamente encaminhado para a autorização do estudo. Após a assinatura das declarações de aceite pelos órgãos responsáveis, solicitou-se uma lista com os nomes e respectivos contatos dos acadêmicos regularmente matriculados no último semestre do Curso de Graduação em Fisioterapia, para que fossem selecionados e consultados os possíveis participantes da pesquisa.

Cada componente da amostra foi consultado individualmente, por meio de contato telefônico ou abordagem pessoal, momento em que era feita uma explicação geral da pesquisa e seus objetivos além do método a ser utilizado. Em seguida, o indivíduo selecionado era questionado sobre o interesse e disponibilidade em participar do estudo. Caso concordasse, era então marcada a data, hora e local apropriados para realização da entrevista.

No início da entrevista, era feita uma apresentação da pesquisadora e do propósito da pesquisa. Em seguida, era realizada a leitura do TCLE com os devidos esclarecimentos e, em seguida, assinatura do termo pelo participante. Posteriormente, o próprio entrevistado respondia à seção A do questionário (relativa ao perfil); e às duas seções seguintes, B e C (conhecimento e autoavaliação respectivamente), eram intermediadas pelos pesquisadores com o registro das respostas por meio de um gravador. A coleta ocorreu no período de outubro a novembro de 2013. Todas as entrevistas gravadas foram subsequentemente transcritas para análise. Elas tiveram duração média de 15 minutos e ocorreram nas dependências das próprias Instituições.

Para garantir o sigilo das informações, as IES foram codificadas em A e B, e os acadêmicos, além das letras, recebiam uma numeração, por exemplo, sujeito A1 ou sujeito B2.

Com relação à análise dos resultados, as perguntas fechadas para elaboração do perfil foram discutidas de acordo com as categorias previamente estabelecidas pelo próprio questionário. No que se refere às perguntas abertas, após a devida transcrição de cada registro, seguiu-se a lógica proposta por Laurence Bardin¹⁰ que organiza a análise de conteúdo em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. Inicialmente, após a leitura flutuante do material, fez-se uma leitura mais profunda de cada entrevista registrada, para a retirada e

organização das categorias a serem estabelecidas de acordo com as palavras-chave encontradas com maior frequência e com maior destaque nos discursos coletados. Finalmente, após a organização das categorias, as falas foram analisadas e interpretadas pelos pesquisadores, que também utilizaram os próprios registros dos discursos para ilustrar as interpretações realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos acadêmicos participantes

A amostra foi composta por um total de 16 participantes, entre os quais 14 eram do sexo feminino e apenas 2 do sexo masculino, com idade média de 20,5 anos, sendo 20 e 26 anos a mínima e a máxima idade encontradas respectivamente. Dos participantes, 11 se consideraram pardos, 3 brancos, 1 preto e 1 indígena. Entre eles, 12 relataram não ter participado de nenhum projeto de iniciação científica ou extensão universitária voltados para área da Atenção Primária, e somente 4 (sendo 3 da instituição pública e 1 da privada) disseram já ter participado de projetos nessa modalidade, sendo os mais citados: natal dos ribeirinhos, orientações em escolas/cursinhos, assistência às comunidades no bairro do Curió e Sacramento, “UEPA nas comunidades” e “Esse rio é minha rua”. Nenhum dos entrevistados participou de estágio extracurricular na área da Atenção Primária, apenas curricular. Em relação à área da Fisioterapia que

lhes despertava maior afinidade, a mais citada foi Fisioterapia respiratória, em seguida Fisioterapia neurofuncional, posteriormente saúde coletiva, depois saúde da mulher, seguida de dermatofuncional, oncofuncional e traumato-ortopedia; além de outras opções, como Neuropediatria, Terapia Intensiva, Cardiologia, Saúde do Idoso e Terapia Manual. Na questão sete, em que eram interrogados se haveria interesse em se especializar em alguma área da Fisioterapia, todos responderam que “sim”, sendo as especialidades mais citadas: Fisioterapia respiratória; Fisioterapia traumato-ortopédica, saúde coletiva e acupuntura; Fisioterapia neurofuncional e oncofuncional; Osteopatia e quiropraxia; e Fisioterapia do Trabalho, dermatofuncional, em UTI e saúde da mulher. Ao lançarmos um olhar sobre o tema “especialidades”, é interessante refletirmos, particularmente neste estudo, acerca das opções indicadas pelos acadêmicos, entre as mais citadas: respiratória, neurofuncional e traumato-ortopédica, como elas nos remetem ao fato de serem tidas como preferidas as áreas mais tradicionais, por assim dizer, dentro da fisioterapia, ou seja, aquelas que já possuem rotinas e procedimentos bem estabelecidos e consolidados; não podendo deixar de reiterar serem estas mesmas áreas as que estão mais vinculadas à lógica do modelo “hospitalocêntrico”.

Conhecimento dos acadêmicos acerca da atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária

Com relação aos termos “promoção e prevenção” presentes neste estudo, estes destacam-se como elementos relacionados à atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária, considerado no papel de educador, cuja função primordial seria orientar os usuários. De um modo geral, os acadêmicos conseguem visualizar o principal papel do fisioterapeuta nesse contexto e o seu diferencial em relação às outras áreas de atuação. No entanto, esses conceitos se mostram sobremaneira insuficientes sob a perspectiva do vasto universo que compõe a rotina do profissional nesse nível de atenção, sendo o ato de “orientar” os usuários, correspondente apenas a uma pequena parcela da totalidade das ações de promoção e prevenção, que perpassam por outras abordagens, como grupos terapêuticos, ações de vigilância em saúde, apoio matricial, dentre outros.

SUJEITO A1:

Eu já sei que como um profissional da saúde, ele tem o poder, tem a obrigação de estar promovendo e prevenindo doenças, no caso promoção da saúde e prevenção de doenças.

O estudo de Silva e Da Ros¹¹ difere da presente pesquisa na medida em que a concepção dos acadêmicos em relação ao papel do fisioterapeuta na Atenção Primária está pautada apenas em atividades curativas e de prevenção de doenças; o que, segundo os autores,

reforça ainda uma ênfase no modelo biomédico. Para Ragasson et al.,⁵ as atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária seria de um profissional voltado para a educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva e individual; o que corrobora os achados do presente estudo.

No que diz respeito à categoria integralidade e equipe multiprofissional, os acadêmicos ressaltaram a importância do trabalho em equipe multiprofissional, principalmente no nível primário de atenção, como forma crucial de garantir ao usuário a integralidade da atenção à saúde.

SUJEITO A5:

Eu acho que na atenção primária muito mais do que as outras é preciso uma equipe multidisciplinar porque um profissional sozinho ele vai ver aquilo que corresponde à área dele, mas às vezes coisas de outras áreas vão interferir na área dele, então precisa de uma equipe que converse que esteja acostumada a trabalhar em conjunto pra poder atuar em prol desse paciente, mesmo que ele ainda não tenha essa patologia, mas justamente visando a manutenção da saúde dele.

De acordo com Gallo¹² a atuação no NASF deve ocorrer em um trabalho multiprofissional, cujo processo deve ser embasado em uma visão integral do ser humano e da assistência, em que a prática profissional exige uma integralidade na assistência para contemplar todas as necessidades do usuário. Para Castro,¹³ a inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional

condiz com o princípio da integralidade e contribui para a resolutividade da atenção.

No que se refere à realidade do fisioterapeuta no NASF, referente à prática cotidiana deste profissional, muitos sujeitos se mostraram confusos em relação ao tema, não sabendo referir o que compõe a rotina de procedimentos de um fisioterapeuta no NASF, e alguns citaram basicamente as visitas domiciliares como atividade prática do profissional.

SUJEITO B1:

Não tive muito contato, não conheço muita coisa não.

SUJEITO A5:

Quanto ao NASF a gente teve pouco contato com ele assim diretamente, mas o que deu pra entender é que no caso do NASF, os agentes é os ACS's eles vão nas casas eles fazem como se fosse anamnese do paciente quando eles detectam alguma alteração que possa ser de alguma alteração futura que o paciente possa ter e tem a ver com a área da fisioterapia, o fisioterapeuta vai na casa do paciente ver o agravante ele mesmo pessoalmente vendo o que ele pode contribuir ali, então eu acho que esse é o grande pensamento o grande trunfo do NASF no caso é estar muito mais próximo da comunidade e agir antes que a patologia se desenvolva.

Segundo Trelha et al.,¹⁴ a inserção do fisioterapeuta nesses serviços ainda é um processo em construção, o que pode, de certa forma, justificar a

dificuldade dos acadêmicos do presente estudo em delinear precisamente as funções da prática do fisioterapeuta nesse contexto. Em um relato de experiência sobre a implantação de um NASF em Governador Valadares MG, Barbosa¹⁵ cita, entre outras atividades pertinentes ao fisioterapeuta: grupos de saúde mental, atividades de práticas integrativas e complementares, grupos de prevenção de agravos físicos em geral, atendimentos individuais para avaliação e tratamento, e atendimentos domiciliares a pacientes restritos ao leito e/ou com dificuldade de acesso. Cita, também, a dificuldade do processo de promoção à saúde devido à visão reabilitadora da profissão.

Diante da realidade do fisioterapeuta ainda ser considerado como um profissional da reabilitação, os participantes deste estudo consideram que essa é uma ideia mais ligada ao processo histórico de origem da fisioterapia e deve ser combatida, pois ele é um profissional habilitado a atuar com propriedade em todos os níveis de atenção.

SUJEITO A4:

Eu acho que essa questão de ser essencialmente reabilitador, isso é um conceito muito antigo que as pessoas tinham em mente que a fisioterapia era só tratar doenças digamos assim quando o paciente já "tava" com um... apresentando alguma disfunção. Eu acho que o termo de ser um profissional de todos os níveis da saúde hoje em dia é uma luta dos estudantes da

categoria, de esclarecer pra população a real atuação do fisioterapeuta mesmo, desde os níveis primários já que é... a concepção que eu tenho hoje é que a função do fisioterapeuta é esclarecer desde a prevenção mesmo de doenças até em níveis mais avançados quando o paciente já tá apresentando disfunções.

Para Delai e Wisniewski,¹⁶ o profissional deve deixar a atuação tradicional em clínicas, consultórios e hospitais, para atingir clientes especiais que necessitam de atendimento em domicílio, adaptando-se assim ao novo modelo de atenção que privilegia a promoção, a prevenção e a recuperação, visando à saúde individual ou coletiva. Silva e Da Ros,¹¹ alegam que, historicamente, a atuação do fisioterapeuta é entendida como assistência no nível de atenção terciária; porém, sabe-se que quando inserido na Atenção Primária, pode ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

Autoavaliação dos acadêmicos em relação à sua formação para atuar na Atenção Primária

Em relação à categoria "conhecimentos e vivências sobre o SUS e Atenção Primária", os participantes afirmaram que encontrariam dificuldades para atuar no nível primário de atenção e ressaltaram a importância de uma ênfase maior nas vivências práticas para otimizar esse conhecimento.

SUJEITO B2:

Eu acho que não são totalmente suficientes (os conhecimentos), digamos assim, eu acho que deveria ter um pouco mais de conhecimento até porque por a gente não ter na formação... a gente até tem contato com essa parte de atenção básica, mas ainda é muito estimulado outros níveis de atenção, e o SUS ele é voltado muito pra essa parte de atenção básica nos pacientes, então acho que demandaria de um pouco mais de conhecimento em relação ao SUS.

Na pesquisa de Gallo,¹² os fisioterapeutas participantes consideraram o conhecimento sobre o SUS como de grande importância para o profissional que ingressa no contexto da Atenção Primária, devendo ser abordado na graduação juntamente com uma vivência na área, propiciando ao aluno um contato com o serviço e a realidade na comunidade. Para Silva e Da Ros,¹¹ o momento do estágio deve ser visto como a oportunidade de vivenciar a realidade da profissão em uma diversidade de cenários, sendo bastante valorizado como fundamento para o processo pedagógico da Nova Lei de Diretrizes Curriculares.

No tópico "ensino em especialidades", os acadêmicos demonstraram opinião favorável em relação a essa abordagem, tida como uma forma didática de ministrar os conteúdos necessários para construção de conhecimento, mas sem desconsiderar a visão holística do indivíduo; além de se constituir em uma

oportunidade de descobrir as afinidades dentre as opções de atuação.

SUJEITO A2:

Bom eu acho que é só pela didática porque assim, na verdade a gente sabe que quando “tu pega” um paciente tu sabe que ele não vem, pode ser que ele não venha só pra respiratória ou só “neuro”, ele sempre vem associado, vem “neuro”, vem “traumato”, principalmente quando a gente pega em hospitais já, porque nunca vai vir só uma coisa, é muito difícil de vir só uma coisa, então eu acredito que essa formação em clínica especializada ela é importante é claro a gente não vai pegar tudo ao mesmo tempo, como a gente tá entrando tem que ser tudo aos poucos; mas ela não condiz necessariamente com a realidade do atendimento do paciente.

SUJEITO B7

Ela deve existir é claro, porque existe a formação geral e existe a formação específica, porque acho que é nesse momento até o aluno escolhe o que quer, qual o caminho que ele quer trilhar, e é onde a gente tem a prática constante e regular [...].

Nessa perspectiva, Gallo¹² afirma que a necessidade de uma formação generalista é percebida como a capacidade de atuar em casos agudos e crônicos e em comprometimentos cinesiofuncionais de ordens diversas. Não implica negar a importância das especialidades, mas em admitir que nestas, os procedimentos sejam mais padronizados, enquanto no NASF

a variância de situações é maior, necessitando integrar os conhecimentos para solucionar os agravos da população. De acordo com Bispo Junior¹⁷, no Brasil, a formação em Fisioterapia sofre influência dos contextos econômicos, políticos e sociais; inicialmente, quando a atuação era dirigida apenas para a reabilitação, os cursos de Fisioterapia fundamentavam-se na lógica curativo-reabilitadora, flexneriana, a qual se baseava no paradigma biologicista com a valorização da tecnificação do ensino e o estímulo à especialização; no início do século XXI ocorre o despertar para a necessidade de redimensionamento do modelo de formação em Fisioterapia, e da construção de outro perfil profissional para atender as novas demandas da população, preconizando um egresso generalista com formação crítica, humana e reflexiva apto a atuar em todos os níveis de atenção.

No encerramento das entrevistas, era disponibilizado um momento para que os participantes pudessem fazer alguma colocação a respeito do tema. A maioria destacou a importância da atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária, ressaltando a necessidade de um maior incentivo para atrair profissionais para atuar no nível primário de atenção.

SUJEITO A2

Na verdade de crítica da formação eu acho que é mais a questão em relação à instituição mesmo, em querer se engajar mais pra devolver pra sociedade

o que ela entrega pra gente o ensino gratuito, e vamos dizer assim, quanto ao engajamento da própria universidade e do próprio curso dentro de projetos dentro da atenção primária que eu acho que é uma coisa que falta bastante [...] eu acho que precisava muito mais disso de atenção primária dentro do nosso currículo não só teoria porque tem um monte de matéria, quatro/cinco matérias que a gente tem de teoria até o último ano a gente vai participar, mas a prática em si tem que ser mais até porque é uma área que tu não precisa... desde o primeiro ano tu podes, vamos dizer assim, ter o conhecimento básico mais importante na área de educação em saúde, então precisava mais disso.

Afirmando essa opinião, Silva e Da Ros¹¹ enfatizam a falta de incentivo, devido a não estarem previstas no currículo do curso de Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina atividades voltadas especificamente para a área da saúde coletiva, o que deve ser combatido no intuito de aproveitar as oportunidades que surgirão para ingressar nessa nova realidade. Nesse aspecto, Ragasson et al.⁵ afirmam que faz-se necessária a implementação e o fortalecimento das mudanças na formação profissional, envolvendo o ensino na graduação e pós-graduação, por meio de iniciativas, como os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, as Residências e Especializações Multiprofissionais em Saúde da Família, que abrem espaço para novas conquistas profissionais, pois, dessa forma, pode-se evidenciar a capacitação de forma adequada de recursos humanos na área da saúde.

CONCLUSÕES

Através deste estudo, verificou-se que a maioria dos participantes apresenta um bom domínio dos princípios gerais que norteiam a atuação do fisioterapeuta no contexto da Atenção Primária, além dos conteúdos básicos pertinentes ao SUS — apesar da necessidade de ampliar tais conhecimentos, que ainda estão bastante limitados tanto no que tange à APS de um modo geral como especificamente no papel do fisioterapeuta no NASF. Entretanto, a prática da rotina nesse nível precisa ser melhor evidenciada, com uma ênfase maior nas atividades gerais que contemplam o cotidiano do fisioterapeuta, para que se tenha uma visão mais ampliada da atuação deste profissional, pois verificou-se ainda que o enfoque maior está centrado na questão das visitas e atendimentos domiciliares.

No que se refere à autoavaliação, muitos se mostraram inseguros para atuar no nível primário de atenção, ressaltando uma necessidade de maior enfoque deste tema na graduação (principalmente os acadêmicos da instituição A), com ênfase na prática, pois, segundo eles, as vivências são limitadas e curtas, não oportunizando um contato maior com a área; e mesmo com relação à abordagem teórica do assunto em comparação com outras áreas, precisa receber maior destaque. Além disso, também foi citada a questão do incentivo por parte dos órgãos de educação e das instituições, a fim de despertar o interesse para esse nível de atenção.

Para efeitos de comparação entre os acadêmicos das duas IES selecionadas, é válido enfatizar a observação de maiores semelhanças do que diferenças entre os sujeitos participantes, pois ambos demonstraram reconhecer a importância da Atenção Primária nos serviços de saúde, bem como a relevância do fisioterapeuta neste nível de atenção, alegando ainda que com um bom incentivo por parte dos docentes e academias, em geral, muitos egressos podem ser atraídos a atuar nessa área. Em relação aos aspectos divergentes, o principal destaque refere-se à questão três da seção “B”, cujo questionamento faz alusão à rotina do fisioterapeuta no NASF, na qual os participantes da IES B denotaram pouco conhecimento dos procedimentos pertencentes a este contexto, devido o contato insuficiente com o campo de prática; em que alguns acadêmicos ainda se mostraram confusos em relação à nomenclatura “NASF”.

Todavia, de um modo geral, nota-se que alguns avanços já foram conquistados, por exemplo, as vivências práticas na área e algumas iniciativas por parte do governo, como a concessão de bolsas para projetos de extensão e a criação dos programas de residência multiprofissional, que permitem aos acadêmicos conhecer mais sobre a realidade do fisioterapeuta nesta área; o que, de certa forma, já está se efetivando, como se pôde observar nesta pesquisa.

No entanto, muitas iniciativas ainda precisam ser desenvolvidas para otimizar ainda mais esse conhecimento, principalmente por meio das vivências práticas, que são os momentos principais de contato com a área que precisam ser mais abordadas ao longo do processo de formação, com um período de duração maior, e docentes capacitados na área, a fim de despertar maior interesse para essa nova possibilidade de atuação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
2. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152p.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1065, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. [cited 2015 jul 1]; Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2005/GM/GM-1065.htm>.
4. Viana GS, Cicotoste CL. A importância da inserção do profissional fisioterapeuta no

Programa Saúde da Família (PSF): uma revisão bibliográfica. Anais do II Seminário de Fisioterapia da Uniamérica: Iniciação Científica. Foz do Iguaçu; 2008.

5. Ragasson CAP et al. Atribuições do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional. [Internet]. [cited 2015 jul 1]; Available from: <http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf-ado-fisio.pdf>.
6. CNE (BR). Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União. [Internet]. 4 de Março de 2002; Seção 1. p. 11. [cited 2015 jul 1]; Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
7. Aguiar RG. Conhecimentos e atitudes sobre a atuação profissional de fisioterapia entre os profissionais da equipe mínima de saúde da família em Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; 2005.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
10. Laurence Bardin (1977) In: Gallo, DLL. A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária (dissertação). Universidade Estadual de Londrina; 2005.
11. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Cien Saude Colet. 2007; 12(6): 1673-1681.
12. Gallo DLL. A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2005.
13. Castro SS et al. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussão sobre a inclusão. Fisioter Mov. 2006 out/dez; 19(4): 55-65.
14. Trelha CS et al. O fisioterapeuta no Programa Saúde da Família em Londrina (PR). Espaço para a saúde. 2002 jun; 8(2): 20-25.
15. Barbosa EG et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter Mov. [Internet] 2010 Apr/June; 23(2). [cited 2015 jul 1]; Available from: <http://www.Scielo.br/scielo.php?pid=S0103-SB502010000200>.
16. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2011; 16 (Supl. 1): 1515-1523.
17. Bispo Junior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2009 jul/set; 16(3): 655-668.

A METODOLOGIA DIALÉTICA NO ENSINO DE MÉTODOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL PARA A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

The dialectical methodology in teaching the methods of clinical and functional evaluation course for graduation in physiotherapy

Fernanda Santucci

Graduada em Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, São Paulo – SP, Brasil

Renata Hydee Hasue

Doutora docente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil

Debora Stripari Schujmann

Fisioterapeuta do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil

Sílvia Maria Amado João

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

Juliana Ferreira Sauer

Fisioterapeuta do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil

Bolsa de estudos concedida pelo programa Ensinar com Pesquisa da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo.

Endereço de contato:

Sílvia Maria Amado João. Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo.
E-mail: smaj@usp.br

Resumo

Introdução: O atual Projeto Político Pedagógico do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) é baseado em uma metodologia tradicional escolástica, cuja grade curricular é rígida e não integrada. **Materiais e Métodos:** Pretendeu-se buscar o aperfeiçoamento da disciplina Métodos de Avaliação Clínica e Funcional junto ao Curso de Fisioterapia da FMUSP, através da investigação e implementação de novas estratégias de ensino e de avaliação, e realizar a aproximação de duas disciplinas paralelas, a fim de atualizar essa metodologia tradicional vigente para uma metodologia dialética articulada ao projeto pedagógico do Curso e às disciplinas adjacentes e relacionadas com o conteúdo ministrado nessa disciplina. **Resultados:** Os resultados indicaram que a mudança na metodologia foi bem aceita pelos estudantes, que foram colocados em uma posição ativa em relação ao aprendizado. Além disso, foi possível aproximar a teoria da prática clínica, articulando o uso das tecnologias com uma perspectiva da prática profissional. **Conclusão:** A metodologia dialética e a integração das disciplinas foi bem aceita pelos alunos e pode ser adicionada ao currículo através de novas abordagens.

Palavras-chave: Educação em saúde. Metodologia dialética. Fisioterapia. Formação acadêmica.

Abstract

Introduction: The current political-pedagogical project of the course of Physiotherapy, in the Faculty of Medicine of the University of São Paulo (USP) is based on a traditional and scholastic methodology, whose curriculum is rigid and not integrated. **Methodology:** The intention was to seek the improvement of the course Methods of Clinical and Functional evaluation with the Department of Physical Therapy of FMUSP, through the research and implementing of new teaching strategies and assessment, and also to approach and conduct two parallel courses in order to update this traditional methodology in effect today for a coordinated approach to the dialectic educational project of the course and adjacent to the disciplines related to the content taught in this course. **Results:** The results indicated that the change in methodology was well accepted by students, who were placed in an active position in relation to learning. Furthermore, it was possible to approach the theory of clinical practice, combining the use of technologies with a view of professional practice. **Conclusions:** The dialectical method and the integration of courses have been well accepted by students and can be added to the curriculum through new approaches.

Keywords: Health education. Dialectical methodology. Physiotherapy. Academic training.

INTRODUÇÃO

O Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) é hierarquizado e possui um currículo fragmentado que separa a teoria da prática e distingue as disciplinas do básico e do profissionalizante através de requisitos e pré-requisitos. Possui uma metodologia de ensino escolástica, apresentando hierarquização da organização dos estudos, memorização como operação essencial do processo de aprendizagem.

Além disso, o atual Projeto Político Pedagógico desse curso é em grade, oferecendo poucas oportunidades para o aluno participar do seu processo de aprendizagem e da sua vivência dentro do contexto curricular rígido e fragmentado. Dessa maneira, não se permite uma mudança imediata, mas sim gradativa (transitória), caminhando para a flexibilização curricular.

Segundo a UNESCO, em sua “Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação”, nos artigos nove e dez, existe a necessidade em realizar aproximações educacionais inovadoras, através de um pensamento crítico e de criatividade.¹ Existe um novo paradigma na educação superior que tem seu interesse centrado no estudante. Para isso, são necessárias inclusões de novos métodos, práticas, meios de difusão do conhecimento, novos tipos de vínculos com a comunidade e, principalmente, inovação constante dos currículos e dos métodos de ensino e aprendizagem

para melhor envolvimento dos alunos com o processo de avaliação.

De acordo com Vasconcellos et al.,^{2,3} uma metodologia dialética para a construção de conhecimentos em sala de aula baseia-se em uma concepção de homem e de conhecimento, em que se entende o homem como um ser ativo e de relações, privilegiando os seguintes e indispensáveis aspectos: mobilização para o conhecimento, construção do conhecimento, elaboração e expressão da síntese do conhecimento.

Na metodologia tradicional, a inteligência é associada à memorização, o trabalho docente se dirige à explanação do conteúdo e na manutenção da atenção do aluno. A exposição é o centro do processo, acompanhado da anotação e memorização: a estratégia predominante é a da aula expositiva tradicional. No modelo jesuítico, encontramos explicitadas as formas de ensinar as diferentes disciplinas do seu currículo, os passos de exposição do conteúdo pelo professor — registro do que era explicado e realização de exercícios pelos alunos — e o exame para conferir os resultados como a tônica fundamental do processo.

Atualmente, é necessário que ocorra a passagem do procedimento formal de raciocínio para o dialético: a penetração da explicação científica na intimidade dos processos naturais, objetivos ou subjetivos; a necessidade da superação da referência aos objetos, transformações e velocidades em escala humana, e à visão desarmada ou apenas servida de meios instrumentais

primários devidos, inclusive, aos avanços tecnológicos; e, finalmente, ao fato da lógica dialética ser aquela indispensável para a compreensão dos acontecimentos em que o homem é simultaneamente investigador e um dos elementos do problema investigado.

A construção do conhecimento é um momento de desenvolvimento operacional da atividade do aluno, de sua práxis, que pode ser predominantemente perceptiva, motora ou reflexiva. Isso se fará através de ações: estudo de textos, vídeos, pesquisa, estudo individual, debates, grupos de trabalhos, seminários, exercícios, nos quais se explicitam as relações que permitem identificar (pela análise) como o objeto de conhecimento se constitui; por isso a importância da escolha das estratégias com diversas e significativas atividades propostas ao aluno, visando superar sua visão inicial, caótica, sincrética sobre o objeto do conhecimento.

O objetivo a ser atingido é deslocar o processo ensino-aprendizagem de uma lógica baseada na transmissão de conhecimento para uma lógica centrada no aprendizado do que é mais importante para a formação geral do fisioterapeuta. O método pedagógico central é a exposição do aluno, desde o primeiro dia de aula, a problemas reais de saúde de pessoas e comunidades, de complexidade compatível com o momento do curso e em diversos cenários de atendimento (unidades básicas de saúde, ambulatórios em hospitais, hospital secundário, unidades de internação, unidades de emergência e de terapia intensiva).

Entretanto, os currículos dos Cursos de Fisioterapia existentes no Brasil priorizam a ação curativa, valorizando pouco o modelo assistencial de saúde vigente, dificultando a inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública. Para atender as políticas de saúde, fazem-se necessárias mudanças na formação desses profissionais, que devem iniciar-se durante a graduação e manter-se como um processo de educação continuada.

Considerando o sistema educacional brasileiro, que se baseia na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, e levando-se em conta as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia, o Curso visa formar profissionais que cultivem a reflexão crítica sobre a realidade e que usem as bases científicas para construir o seu próprio conhecimento. O currículo deve buscar promover conscientização profissional ligada ao ensino, pesquisa e extensão, desenvolvendo atividades curriculares que estimulem a atuação em todos os níveis de atenção à saúde, desenvolvendo habilidades, atitudes e padrões comportamentais, respeitando os princípios éticos/bioéticos, morais e culturais do indivíduo e da coletividade.

A disciplina de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional oferece conhecimentos sobre avaliação fisioterapêutica (semiologia) e sobre os processos de reavaliação da evolução clínica do paciente. Também desenvolve senso crítico de investigação e treina o profissional na habilidade acerca de relatórios técnicos sobre a avaliação clínica do paciente. É uma disciplina que

se desenvolve através de aulas práticas e teóricas: interação teoria e prática. Além disso, na disciplina é desenvolvido o senso crítico de investigação científica.

Dessa forma, justifica-se a importância da utilização de novos métodos e recursos pedagógicos que possibilitem aos alunos deslocamentos daquele papel passivo que lhes coube dentro do ensino em suas tendências mais fixas ou centradas no professor. Devemos diminuir a visão fragmentada do saber e contemplar uma visão mais integrada e holística. Devemos educar para o desenvolvimento humano, educar a partir de experiências e educar para participar da cidadania e cultura planetária.

O objetivo deste trabalho é implantar novas estratégias de ensino, bem como a avaliação dos estudantes acerca das inovações (metodologias ativas de ensino-aprendizagem), e realizar a aproximação de duas disciplinas paralelas (Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e Cinesioterapia) no currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia, a fim de, além de diagnosticar, superar as dificuldades inerentes ao processo ensino-aprendizagem, clarear as falhas na transmissão, assimilação e construção do conhecimento, para melhor decidir acerca das novas ações docentes e discentes e melhorar o processo do ensinar e aprender.

MÉTODO

A metodologia dialética foi implantada na disciplina de Métodos de Avaliação e Clínica e Funcional em uma turma de 25 alunos do 3º semestre da Graduação em Fisioterapia da FMUSP. Essa é uma disciplina obrigatória e faz parte do tronco curricular do curso. Além disso, seu conteúdo é basicamente de fundamentos e predominantemente procedimental, sendo aplicado de forma teórico-prática.

Além disso, nessa metodologia, interligaram-se as disciplinas de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e de Cinesioterapia ao serem ministradas no mesmo semestre, portanto para a mesma turma de alunos, e ambas desenvolvem conteúdos que se interconectam. Na disciplina de Cinesioterapia, por exemplo, eles aprendem a mobilização dos segmentos e a usam em métodos para avaliar; de forma que os docentes propuseram e coordenaram uma prática pedagógica significativa, de transformação e integração dos conteúdos, desempenhando um papel de facilitador das relações e problematizador de situações, equilibrando a reprodução e a análise durante o processo de ensinagem e promovendo o treinamento de habilidades intelectuais por meio do Programa Ensinar com Pesquisa da USP.

A ação docente teve uma atuação (ação) em cada um dos momentos de aprendizagem (práxis) do aluno, que se deu de forma ativa (reflexiva e perceptiva).

As principais estratégias utilizadas^{4,5} são descritas no quadro 1.

Quadro 1. Estratégias

A aula expositiva dialogada é uma estratégia que vem sendo proposta para superar a tradicional palestra docente.
A Tempestade cerebral é uma estratégia vivida pelo coletivo da classe, com participações individuais, realizada de forma oral ou escrita. Pode ser utilizada como mobilização, desperta nos estudantes uma rápida vinculação com o objeto de estudo.
As estratégias de solução de problemas vêm sendo usadas visando o desenvolvimento do pensamento reflexivo, crítico e criativo dos estudantes para situações e dados da realidade.
Grupo de verbalização e de observação (GV GO) é uma estratégia baseada na subdivisão dos grupos em GO e GV e auxilia fortemente nos momentos de síntese.
A estratégia de Seminário permite os grupos apresentarem suas sínteses também por escrito e são atingidas as dimensões de mobilização para o conhecimento, enquanto se prepara, estudando, lendo, discutindo a base teórica e prática de sua pesquisa e, ao mesmo tempo, já constrói o conhecimento e produz as possíveis sínteses.
A estratégia de Estudo de Caso oportuniza a elaboração de um forte potencial de argumentação junto aos estudantes e refere-se tanto ao momento de construção do conhecimento como da síntese.
A oficina se caracteriza como uma estratégia do fazer pedagógico, criando o espaço de construção e reconstrução do conhecimento. É lugar de pensar, descobrir, reinventar, criar e recriar, favorecido pela forma horizontal na qual a relação humana se dá.
O estudo do meio possibilita aos envolvidos – professor e estudantes – uma revisão, um refletir sobre os dados da teoria que fundamentam objeto de estudo. Possibilita a vinculação do estudante à realidade, uma discussão dos elementos teórico que ainda respondem aos problemas e os que já se encontram superados.
O próprio Ensino com Pesquisa oferece condições para que os estudantes adquiram maior autonomia, assumam responsabilidades, desenvolvam disciplina, tomada como habilidade de se manter no tempo necessário na busca da solução dos problemas até o esgotamento das informações, com treino de trabalho intelectual a ser supervisionado pelo professor. Difere do ensino para pesquisa, próprio da pós-graduação, quanto à autonomia do pesquisador já está mais avançada, exigindo a mediação docente na construção das atitudes científicas citadas

A avaliação dos alunos foi realizada através de relatórios da prática clínica (evolução), uma prova teórica e duas práticas, uma delas em forma de caso clínico (apresentação de Seminário).

Um questionário específico foi elaborado exclusivamente para a avaliação da disciplina, e cada aluno avaliou os itens: teoria, metodologia, tempo e ministrante em uma escala de critérios: muito fraco (1), fraco (2), regular (3), bom (4) ou muito bom (5) e não se aplica (6), este último era classificado quando o aluno não havia participado da aula. Foi feita uma estatística descritiva em que os dados foram tabulados e expressos em número absoluto.

Aulas Práticas Integradas das disciplinas Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e Cinesioterapia

Os estudantes foram divididos em grupos para visitarem a atuação clínica dos profissionais da fisioterapia no Hospital das Clínicas da FMUSP Enfermaria de Moléstias Infecciosas, Enfermaria da Gastrologia, Ambulatório de Fisioterapia no Instituto de Ortopedia, Enfermaria da Geriatria e no Centro de Docência e Pesquisa, no Ambulatório de Neurologia.

O objetivo de tais visitas era fazer com que o estudante conseguisse perceber a importância da avaliação fisioterapêutica para a terapia como um todo e a correlacionasse com as técnicas da cinesioterapia, além de fazer com

que eles colocassem na prática o que viram durante a aula teórica.

Todos os sujeitos tiveram contato com um paciente, previamente selecionado, e iniciaram a avaliação (Métodos de Avaliação Clínica e Funcional). Em seguida, os estudantes acompanharam a terapia desse paciente, fazendo uma observação crítica sobre que tipo de abordagem estava sendo utilizada, e assim correlacionar com a Cinesioterapia.

Os estudantes fizeram seis visitas ao serviço para as aulas práticas integradas, em que os temas principais foram:

- I) Anamnese e Mobilização;
- II) Provas de Função Muscular/ Trofismo muscular / Tônus Muscular;
- III) Avaliação Torácica;
- IV) Postura;
- V) Avaliação e Tratamento de Equilíbrio;
- VI) Marcha.

Além disso, os estudantes tiveram aulas práticas para aplicação dos conhecimentos apreendidos, de forma que conseguissem expressar as dificuldades. Cada aula possuía roteiros específicos para orientá-los e estimulá-los a apreender o conteúdo. Concomitantemente, deveriam fazer um relatório a cada aula, e este relatório serviria como parte da avaliação final.

Os estudantes avaliaram a disciplina quanto à qualidade da parte teórica (clareza do conteúdo, apreensão

do tema pelo aluno), da parte prática (habilidade procedimental), das aulas expositivas dialogadas (facilidade de compreensão do conteúdo, participação dos alunos), da dinâmica dos pôsteres (capacidade de síntese) e dos casos clínicos dirigidos (habilidade em aplicar os conhecimentos adquiridos na aula teórica e prática).

A avaliação foi realizada através de uma atividade prática, em que os estudantes eram divididos (cinco grupos com cinco participantes cada) para acompanhamento de atendimento clínico da fisioterapia. Aplicaram os conhecimentos teóricos da disciplina durante essa visita, fazendo uma avaliação clínica do paciente na prática, sob supervisão de um profissional. Após a coleta de dados, organizaram o caso clínico e as informações coletadas para uma apresentação em forma de seminário.

Os estudantes também foram avaliados através de relatórios das aulas práticas. Estes foram analisados a partir da evolução do estudante nos seguintes quesitos: objetividade; clareza (escrita apropriada, entendimento etc.) e avaliação propriamente dita (se o estudante respondeu a todos os pontos da avaliação, aplicando a teoria aprendida).

Foram aplicadas duas provas práticas. A primeira foi realizada de forma que dois estudantes participavam em um mesmo momento, sendo que um era colocado em uma posição de paciente, e outro de terapeuta, e vice-versa — cada

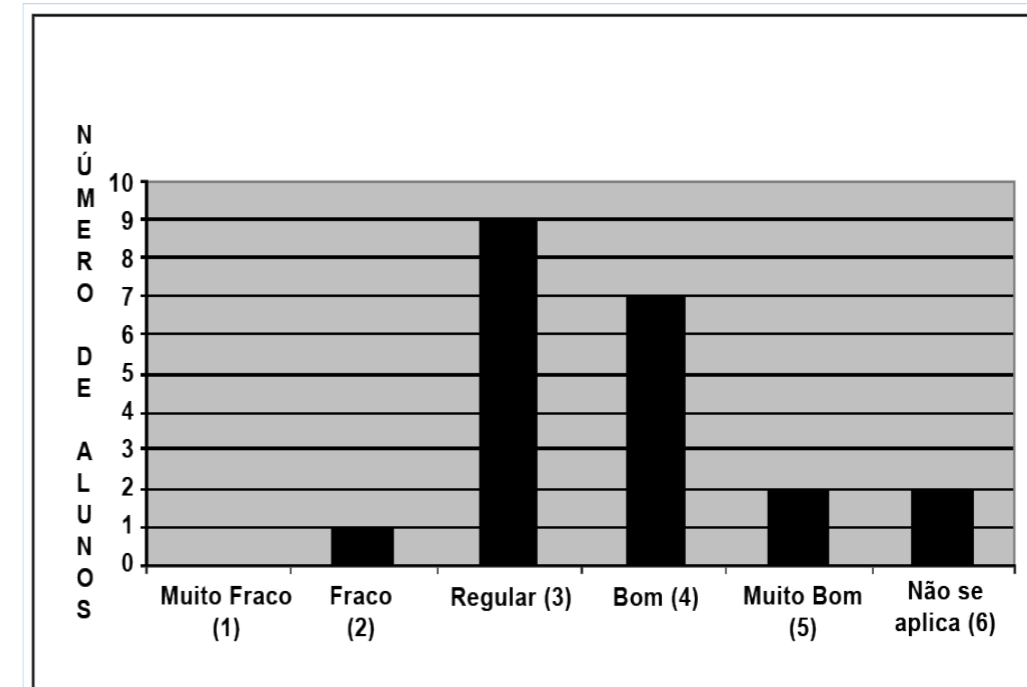
um sorteava um segmento do corpo para avaliar e um método de avaliação específico para aplicar no outro. Já a outra prova foi realizada através da análise de um caso clínico em forma de imagem (avaliação postural).

RESULTADOS

Dos 25 estudantes, 21 responderam ao questionário. Os dados foram tabulados e expressos em números absolutos.

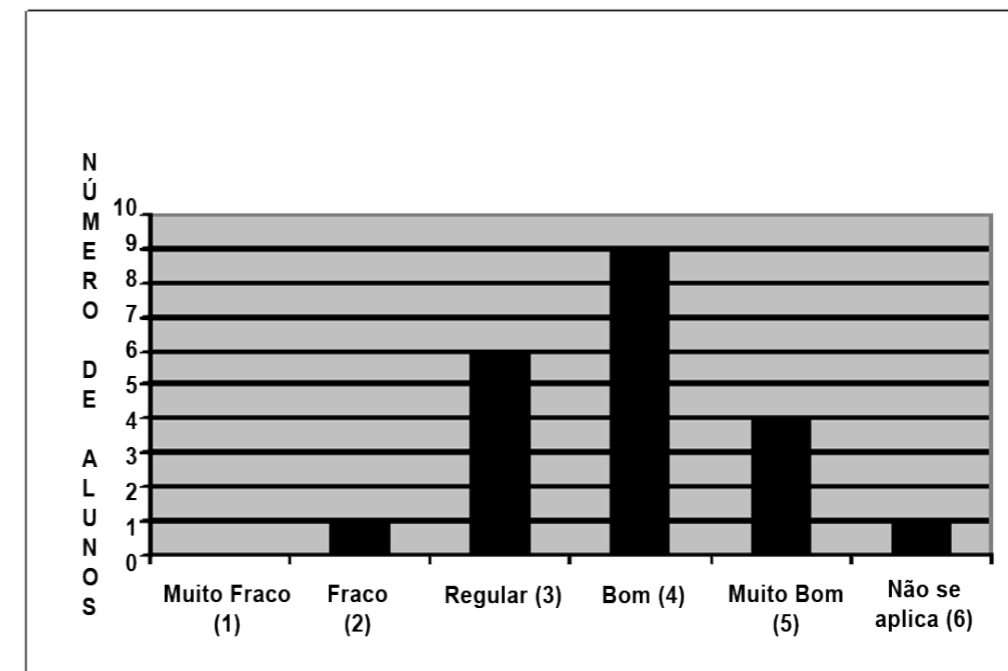
Quanto à integração das disciplinas de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e Cinesioterapia — critérios de aproximação: ministradas no mesmo semestre da matriz curricular e conteúdos integrados —, em média, um estudante considerou-a fraca, nove consideraram-na regular, quatro consideraram-na boa e dois consideraram-na muito boa, conforme a figura 1.

Figura 1. Avaliação da integração entre as Disciplinas de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e Cinesioterapia.



Em relação às estratégias utilizadas para ilustrar a integração de conteúdos das disciplinas, um estudante considerou-as fracas, seis consideraram-nas regulares, nove consideraram-nas boas e quatro consideraram-nas muito boas. Apenas um estudante considerou-as como não aplicável, conforme a figura 2.

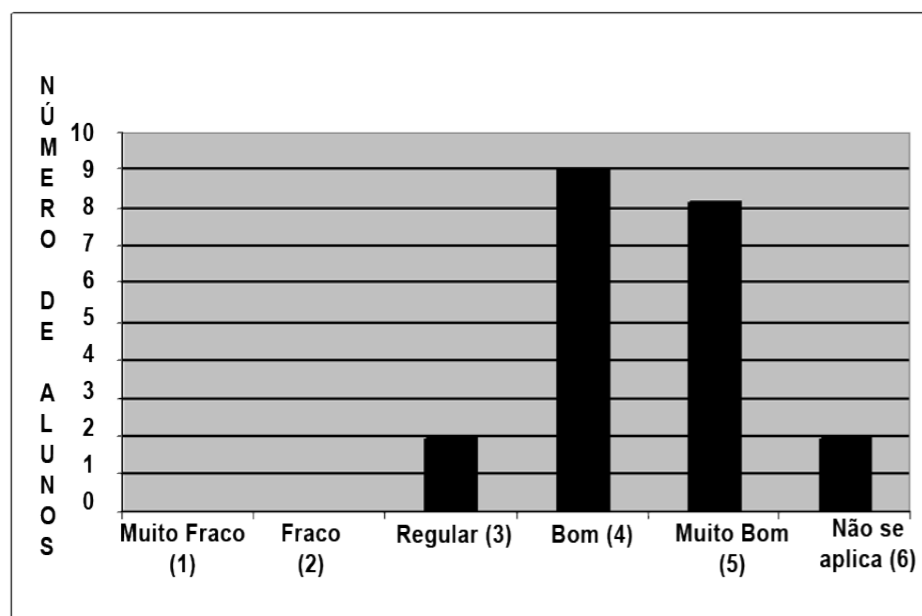
Figura 2. Avaliação das estratégias utilizadas para ilustrar a integração de conteúdo das disciplinas de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e Cinesioterapia.



Avaliação das Aulas Teóricas e Práticas da disciplina de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional

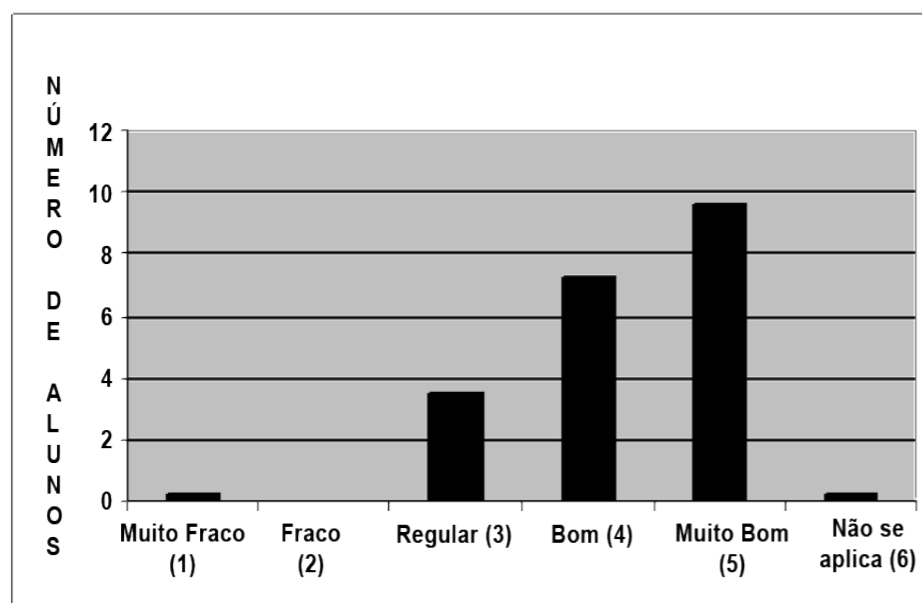
Na avaliação da parte teórica, em média, dois estudantes consideraram a disciplina regular, nove consideraram-na boa, oito muito boa e dois estudantes avaliaram-na como não aplicável, conforme a figura 3.

Figura 3. Média de avaliação das aulas teóricas.



Na parte prática, quatro estudantes, em média, consideraram esta parte como regular, sete como boa e dez consideraram-na muito boa, conforme a figura 4.

Figura 4. Média da avaliação das aulas práticas.

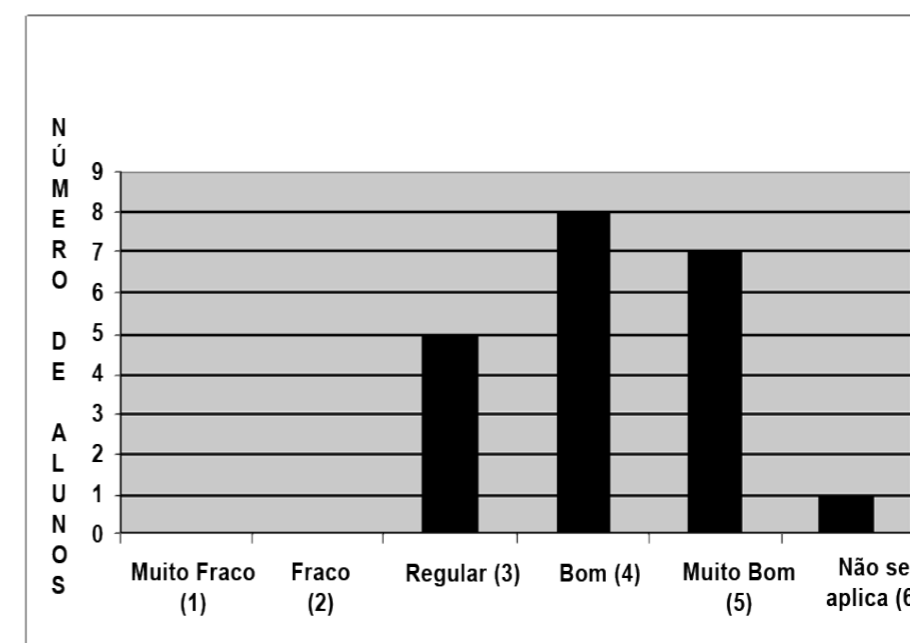


Na avaliação das aulas expositivas dialogadas, cinco estudantes consideraram-na regular, dez consideraram-na boas e seis consideraram-na muito boas.

Quanto à dinâmica dos pôsteres, quatro estudantes consideraram-na regular, oito consideraram-na boa e nove consideraram-na muito boa. Já quanto aos casos clínicos dirigidos, um estudante considerou-os regular, treze consideraram-nos bons e cinco consideraram-nos muito bons, sendo que dois estudantes avaliaram como não aplicável. Os estudantes classificaram essa dinâmica de apresentação do caso clínico em forma de seminário, de forma que apenas um estudante classificou-a como regular, cinco classificaram-na como boa e quinze classificaram-na como muito boa.

Além disso, a disciplina também foi avaliada quanto à metodologia dialética em relação ao método expositivo tradicional. Dessa comparação, cinco estudantes consideraram-na regular, oito consideraram-na boa, sete consideraram-na muito boa e um estudante classificou-a como não aplicável.

Figura 5. Avaliação da metodologia dialética comparada ao Método Expositivo Tradicional.



Em uma avaliação geral da disciplina, 16 estudantes consideraram-na boa e 5 consideraram-na como muito boa.

DISCUSSÃO

Em geral, os estudantes envolvidos no estudo classificaram a mudança da metodologia de ensino como positiva, uma vez que 15 deles consideraram a metodologia dialética boa e muito boa em relação ao método expositivo tradicional. Além disso, a maioria considerou que as novas estratégias e dinâmicas utilizadas para a apreensão do conhecimento — tais como casos clínicos dirigidos, dinâmica dos pôsteres e aulas expositivas dialogadas — foram coerentes e eficazes, classificando-as como boas ou muito boas. Em média, apenas 3 estudantes classificaram tais dinâmicas como regular. A aceitação dessa dinâmica pode ser explicada pelo fato de, segundo Signorelli et al.,⁶ o ambiente criado promover a interação entre todos, desenvolvendo a autonomia do estudante e a construção ativa do saber de diversas áreas, por meio da necessidade da busca de informações significativas para a compreensão, representação e resolução de situações. Essas dinâmicas necessitam da participação contínua dos estudantes para garantir a mobilização e criar condições para a construção e a elaboração da síntese do objeto de estudo. Na metodologia dialética, tais dinâmicas, principalmente a dos pôsteres, podem ser aproveitadas tanto para mobilização para o conhecimento como para a construção ou mesmo para o momento de elaboração de síntese.

Isso confirma a ideia de que os estudantes foram colocados em uma posição mais ativa, tendo sido superada a simples verbalização do conteúdo por

parte do professor. Segundo Anastasiou et al.,⁷ uma vez que a aula tradicional se encerra em uma simples exposição de tópicos, tendo apenas a garantia da citada exposição, nada se pode afirmar acerca da apreensão do conteúdo pelo estudante. Nessa superação da exposição tradicional, como única forma de explicitar os conteúdos, é que se inserem as estratégias de ensinagem. Portanto, a aplicação de novas estratégias de ensino-aprendizagem deve ser feita de forma a tornar o conhecimento mais acessível para o estudante que passa de uma atitude passiva a ativa.

Quanto a uma das formas de avaliação dos estudantes — a dinâmica de apresentação de caso clínico em um seminário —, 20 consideraram-na boa e muito boa, reafirmando que a utilização de novas estratégias de ensino-aprendizagem facilita a apreensão de conteúdo, gerando um melhor aproveitamento das aulas e tornando a avaliação do estudante não apenas somativa, mas também formativa. Segundo Bernardes et al.,⁸ na apropriação do conhecimento, o processo de explicitação das elaborações e análises críticas pessoais e coletivas permite aos estudantes elaborarem suas próprias concepções, sempre as superando, o que possibilita a ampliação da capacidade de pensar pelo processo de análise e síntese das elaborações individuais e coletivas. Anastasiou et al.^{4,5} afirmam que no desenvolvimento dessa estratégia são atingidas as dimensões de mobilização para o conhecimento enquanto se

prepara, estudando, lendo, discutindo a base teórica e prática de sua pesquisa e, ao mesmo tempo, já constrói o conhecimento e produz as possíveis sínteses. Essas dimensões vêm imbricadas: uma enriquece a outra ao mesmo tempo que se complementam.

Outro ponto é que, em uma comparação entre a avaliação das aulas práticas e teóricas, em média, nove estudantes classificaram as aulas práticas como muito boa, enquanto sete deram a mesma classificação para as teóricas. Isso pode indicar que, dentro das estratégias da metodologia dialética, foi possível aproximar a teoria da prática, pois ambas obtiveram uma avaliação semelhante. Isso pode ter sido favorecido, conforme Bernardes et al.,⁸ pela possibilidade de considerar, na elaboração do objeto de estudo, as relações internas e externas presentes neste, o que pode ser realizado ao se integrar disciplinas e aulas teóricas e práticas, demonstrando ao aluno a relação entre o significado e o sentido da atividade proposta.

Dessa maneira, assim como Saldanha et al.,⁹ foi possível identificar que na prática-teoria-prática a contextualização esteve presente durante todo o processo, favorecendo a apropriação e construção do conhecimento através de uma aprendizagem mais significativa, tendo como elemento norteador a realidade, também presente durante as visitas as instituições de atendimento. Em uma revisão sistemática, Dornan et al.¹⁰ analisaram como uma experiência com a clínica mais precoce poderia contribuir

para o ensino de estudantes da área da saúde. Os resultados mostraram que uma experiência precoce motivou os alunos, bem como aumentou a satisfação com a escolha pela área da saúde, e os ajudou a se familiarizarem com o ambiente clínico, desenvolverem-se profissionalmente, com menos fatores estressantes e mais confiantes, desenvolvendo a autorreflexão e habilidades, reforçando a aprendizagem e a tornando mais relevante para a prática clínica. Assim, foi possível verificar uma preferência pela metodologia dialética à metodologia expositiva tradicional, sendo que apenas cinco estudantes consideraram a nova metodologia regular, e quinze a consideraram boa ou muito boa. O interesse dos estudantes ficou evidente através de suas participações e autonomia (apresentação de seminário através da organização de caso clínico), o que dificilmente ocorre nas metodologias tradicionais (expositivas).

Outra consideração a ser realizada é que sendo o Curso de Fisioterapia da área da saúde, e a disciplina de Avaliação Clínica e Funcional ter tal importância na prática clínica do profissional, há a necessidade de se ter um currículo e uma formação profissional cada vez mais flexível para contemplar experiências práticas desde os períodos iniciais do curso, de forma a preparar o estudante para o estágio curricular, oportunizando a atuação fisioterapêutica em atenção primária, secundária e terciária, de forma equilibrada.

Segundo Meyer et al.,¹¹ examinando as disciplinas que compõem o currículo

de formação do fisioterapeuta, encontra-se uma lacuna que pode interferir na sua atuação. Há uma significativa ausência de disciplinas voltadas para a formação científica, o que leva ao risco de se formarem “consumidores de manuais” e pessoas que leem no máximo a literatura técnica que frequentemente acompanha os equipamentos. Tudo isso favorece o distanciamento do estudante em relação às questões mais complexas, pois de maneira geral, os fisioterapeutas são desencorajados em relação às abordagens mais amplas e diversificadas.

A metodologia dialética, então, com a aproximação da teoria com a prática, oferece uma formação mais humanista articulando o uso das tecnologias com uma perspectiva da prática profissional. Contribui, desse modo, para que, em uma atuação profissional, os estudantes possam abordar os pacientes de uma forma integral, além de conseguirem transmitir o conhecimento teórico apreendido em aula, assim como verificou Gomes et al.¹² em seu trabalho sobre a formação médica através da aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de Medicina de Marília.

Diante da complexidade, diversidade e dinâmica do mundo atual, a interdisciplinaridade pode ser uma resposta, estabelecendo uma interdependência entre as disciplinas, uma inter-relação e integração destas, buscando novos conhecimentos, além de uma maior exploração e ampliação dos conteúdos e disciplinas.¹³ A integração entre as disciplinas de

Métodos de Avaliação Clínica e Funcional e Cinesioterapia também foi avaliada pelos estudantes: apenas nove deles classificaram a integração como boa e muito boa, e outros nove a classificaram como regular. Para Viela et al.,¹³ interdisciplinaridade torna-se uma questão de atitude, de se assumir uma atitude diferente diante do problema do conhecimento, uma substituição de uma concepção fragmentada para uma concepção unitária do ser humano. Os resultados podem indicar que a mudança curricular leva tempo para adaptação tanto do corpo docente quanto do discente, que não estão acostumados com tal integração de conteúdo. Desenvolver a aptidão para contextualizar e globalizar os saberes se faz um imperativo na educação¹⁴ e esse novo modo curricular está associado ao desenvolvimento no aluno de traços, como: flexibilidade, paciência, confiança, capacidade de adaptação, ação na diversidade, entre outros.¹³

As medidas que podem auxiliar na transformação do ensino em fisioterapia partem de uma nova estruturação de conteúdos, um redimensionamento das áreas em redes conectadas e interdependentes, mostrando dentro do curso um verdadeiro exercício de transdisciplinaridade. Para a educação do futuro, todavia, será necessária uma maior amplitude na condução do trabalho acadêmico, ao considerar suas incertezas e limitações e tendo em vista o sujeito como participante ativo de todo o processo. Baseando-se nos pensamentos de Morin et al.,¹⁵ de que todo conhecimento comporta o risco do

erro e da ilusão, não se pode subestimar o que ocorre em todo processo de mudança — dificuldades e riscos incertos. Silva et al.,¹⁶ em um estudo com alunos de medicina, concluíram que questionários podem ajudar a melhorar o planejamento pedagógico e assegurar uma integração das disciplinas.

Em uma avaliação das estratégias utilizadas para ilustrar tal integração, 12 estudantes consideraram-nas como boas e muito boas, o que pode indicar que a utilização de novas estratégias pode facilitar a transição entre a metodologia expositiva tradicional e a interdisciplinaridade proposta pela metodologia dialética. Portanto, a realidade hoje pede o avanço na compreensão de formas de agir que reiguem os conhecimentos, o contexto e as interações.¹⁴

CONCLUSÕES

A introdução da metodologia dialética na disciplina teve um resultado positivo e foi bem aceita pelos alunos, que foram colocados em uma posição mais ativa em comparação com a metodologia adotada anteriormente.

Foi possível integrar a teoria com a prática, dando oportunidade ao aluno de participar do seu processo de aprendizagem e da sua vivência dentro do contexto curricular. Dessa maneira, as disciplinas devem ter atividades integradas através da metodologia dialética para a construção de conhecimentos em sala de aula,

baseando-se em uma concepção na qual se entende o Homem como um ser ativo e de relações, privilegiando os seguintes e indispensáveis aspectos: mobilização para o conhecimento; construção do conhecimento; elaboração e expressão da síntese do conhecimento.

Apesar disso, uma vez que o questionário foi apenas aplicado em uma única disciplina e em um único momento, é necessário que a metodologia dialética seja incorporada não apenas a uma única disciplina, mas também ao currículo do Curso de Graduação de Fisioterapia. Além disso, para encontrarmos um melhor resultado, seria interessante aumentar a especificidade do questionário em relação aos indicadores de aprendizagem (qualidade das aulas, bibliografia utilizada, retenção do aprendizado (avaliação)).

A alta demanda no SUS exige profissionais experientes e criativos, que sejam capazes de se adaptar rapidamente a novas situações. O perfil do novo fisioterapeuta envolve: flexibilidade, capacidade de adaptação, raciocínio lógico, habilidades de análise, síntese e agilidade nas tomadas de decisões, e, portanto, os processos de ensino devem ser adaptados a estas novas demandas.

REFERÊNCIAS

1. Unesco. Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação. Brasília. 1998;17:83-89.
2. Vasconcellos CS. Construção do Conhecimento em Sala de Aula: Cadernos Pedagógicos n. 2. São Paulo: Ed. Libertad; 1993.
- Vasconcellos CS. Metodologia dialética em sala de aula. Rev Educ AEC. 1992;83:28-55.
3. Anastasiou LGC. Da visão da ciência à organização curricular. In: Anastasiou LGC, Pessage LA. Processo de ensinagem na universidade: estratégias de trabalho em aula. 7. ed. Joinville: Ed Univille; 2007. p. 35-60
4. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender, processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC; Pessage LA. Processo de ensinagem na universidade: estratégias de trabalho em aula. 7. ed. Joinville: Ed. Univille; 2007. p. 1-26.
5. Signorelli MC, Israel VL, Gomes ARS, Motter AA, Takeda SYM, Corrêa CL. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. Fisioter Mov. 2010;23(2):331-40.
6. Anastasiou LGC. Metodologia de ensino na universidade brasileira: elementos de uma trajetória. In: Castanho ME e Castanho S. Temas e Textos da Educação Superior. Campinas: Ed. Papirus; 2001. p. 57-70.
7. Bernardes MEM. Ensino e aprendizagem como unidade dialética na atividade pedagógica. Rev Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 2009; 13(2):235-242.
8. Saldanha LLW. Formação humana e metodologia dialética no currículo integrado da educação superior. Arquivos PDE do Estado do Paraná. [Internet] p. 1-24, 2008. [cited 2008 dez 9] Available from: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/67-4.pdf>>.
9. Dornan T, Littlewood S, Margolis AS, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. Medical Teacher. 2006;28(1):3-18.
10. Meyer PF, Costa ICC, Gico VV. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro. 2006; 13(4):877-90.
11. Gomes R. et al. Medical training grounded in problem-based learning: a qualitative evaluation. Interface Comun Saúde Educ. 2009; 13(28):71-83.
12. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(4):525-31.
13. Falcón GS, Erdmann AL, Meirelles BHS. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(2):343-51.
14. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 3. ed. São Paulo: Ed. UNESCO/Cortez Editora; 2001.
15. Silva RMFL, Rezende NA. O ensino de semiologia médica sob a visão dos alunos: implicações para a reforma curricular. Rev Brasileira Educ Médica. 2008; 32(1):32-38.

FATORES SOCIOAMBIENTAIS E MÍDIA: EXPOSIÇÃO E INFLUÊNCIA AO TABAGISMO E USO DE DROGAS NA INFÂNCIA

Social and environmental factors and the media: exposure and influence to smoking and drug use in childhood

Janainny Magalhães Fernandes

Residente em Residência Integrada em Saúde, ênfase Atenção Básica – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Endereço para contato:

Janainny Magalhães Fernandes
Rua Gal. João Telles, nº 218 – Apto. 44 -
Bairro Bom Fim
Porto Alegre – RS

Vinicius Santos Sanches

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

Nayara de Araújo Muzili

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

Gustavo Christofolletti

Doutor, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Resumo

Objetivos: Analisar diversos fatores de risco que levam crianças a experimentarem o cigarro e outras drogas psicoativas, e investigar a faixa etária em que elas fizeram o uso destas. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, com população de referência escolares do ensino fundamental de escolas públicas do município de Campo Grande – MS. Para a coleta dos dados, utilizou-se de um questionário estruturado autoaplicável com questões que envolviam diversos aspectos da vida dos escolares referentes ao tabagismo. Os resultados foram analisados pelos testes ANOVA e qui-quadrado, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram entrevistadas 331 crianças com idade média de $10,93 \pm 0,12$ anos, em que 13,3% ($n=44$) já haviam experimentado

cigarro. A idade média de experimentação foi de 11,56±0,41 anos. As crianças que haviam experimentado cigarro relataram apresentar amigos fumantes (p<0,001), ter comprado cigarro sem dificuldades (p<0,001), ver frequentemente na mídia pessoas que fumam (p<0,001), além de associarem o hábito tabágico à bebida alcoólica (p<0,001) e ao narguilé (p<0,001). O uso de maconha posterior ao tabaco foi confirmado por 1,81% dos entrevistados. O aspecto psicológico, associado à sensação de aceitação em grupo, foi vinculado ao uso do cigarro. Conclusão: Entre os fumantes, vincula-se a ideia de aceitação psicossocial em grupo, refletindo uma visão antiga na qual os malefícios de tais substâncias eram negligenciados. As drogas lícitas podem ser porta de entrada para o uso de substâncias ilícitas, e as políticas públicas de combate ao tabagismo devem ampliar a fiscalização de compra e venda de cigarros, além da exposição de personagens tabagistas na mídia.

Palavras-chave: Tabagismo. Criança. Drogas ilícitas.

Abstract

Objectives: To analyze risk factors that lead children to experiment smoking and other psychoactive drugs, and investigate the age that they begin to use them. Methods: An observational and cross-sectional study, with a population of students in primary education at public schools in the city of Campo Grande – MS. For data collection, we used a self-administered structured questionnaire with questions involving various aspects of school life related to smoking. The results were analyzed by ANOVA and chi-square tests, considering 5% a level of significance

(p <0.05). Results: We interviewed 331 children with an average age of 10.93 ± 0.12 years, where 13.3% (n = 44) had tried cigarettes. The average age of experimentation was 11.56 ± 0.41 years. Children who had experienced cigarette reported having friends who smoke (p <0.001), declared having purchased cigarettes without difficulties (p <0.001), often seeing in the media people who smoke (p <0.001), and associating the smoking habit with alcohol (p <0.001) and hookah (p <0.001). The use of marijuana upon tobacco experimentation was confirmed by 1.81% of respondents. The psychological aspect, associated with feeling accepted in a group, was linked to tobacco. Conclusion: Among smokers, there is an idea of psychosocial group acceptance, reflecting an ancient vision where the harms of such substances were neglected. Licit drugs may be the gateway for the use of illicit substances and public policies to combat smoking should expand surveillance of purchase and sale of cigarettes and the exposure of smoker characters in the media.

Keywords: Smoking. Children. Illegal drugs.

INTRODUÇÃO

O tabaco continua sendo um grave problema de saúde pública e o líder de mortalidade evitável no mundo, atingindo cerca de 6 milhões de óbitos e mobilizando centenas de bilhões de dólares da economia mundial a cada ano, onde a maioria dessas mortes ocorre em países de baixa e média renda^{1,2}. Se as tendências atuais continuarem, estudos apontam que o tabaco matará mais de 8 milhões de pessoas anualmente em todo o planeta.¹

Estudos demonstram que a experimentação de cigarros ocorre predominantemente durante a infância e adolescência,²⁻⁷ e estima-se que, a cada dia, cerca de 100 mil adolescentes começam a fumar em todo o mundo,⁸ onde, quanto mais precoce acontece a experimentação, maiores são os riscos de se tornarem fumantes dependentes.⁹

Além da identificação de quando as crianças começam a fumar, é necessário também conhecer os fatores causais que as levaram a tal prática^{5,6}. A experimentação do cigarro geralmente ocorre na adolescência precoce e é impulsionada, principalmente, por motivos psicossociais.¹⁰ Outras influências diretas para ao hábito tabágico de crianças e adolescentes vêm da mídia,^{11,12} do uso de álcool^{2,6,9,13} e do narguilé.¹⁴

No Brasil, pesquisas demonstram que o número de jovens tabagistas diminuiu após a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Ações, como a proibição da propaganda e exposição do cigarro na mídia — associada ao aumento dos preços dos produtos que contém tabaco, à proibição da venda de cigarro para menores de 18 anos e à proibição da venda de produtos alimentícios que se assemelhem ao cigarro e/ou charuto —, visam diminuir os índices de tabagistas no país.¹⁵ No entanto, são poucos os estudos que investigam a eficácia e controle da exposição do cigarro na mídia cinematográfica, bem como a compra do produto por menores de idade.

Existem, ainda, inúmeras evidências a respeito da importância dos contextos sociais na prevenção ao uso do cigarro por adolescentes.¹⁶⁻¹⁸ Entretanto, a maioria dos estudos não avalia os diversos fatores sociais de forma integrada.

Como no Brasil são limitadas as referências que esclarecem as causas que levam os indivíduos a experimentarem o cigarro, existe a necessidade de aprofundar estudos sobre esta temática. Assim, os objetivos deste trabalho foram identificar fatores de risco que levam crianças a experimentarem o cigarro, conhecer os hábitos, crenças e práticas dos escolares em relação ao seu uso e de outras drogas psicoativas, bem como investigar a prevalência e a faixa etária em que fizeram o uso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal analítico, que teve como população de referência escolares do ensino fundamental de escolas públicas do município de Campo Grande – MS.

Para a coleta dos dados, utilizou-se de um questionário estruturado autoaplicável com questões que envolviam diversos aspectos da vida dos escolares referentes ao tabagismo, tais como: idade; sexo; experimentação do cigarro e de outras substâncias psicoativas; ocorrência de pais, amigos e familiares tabagistas; visibilidade de

pessoas fumantes e de personagens tabagistas na mídia; a percepção positiva ou negativa de tabagistas; ocorrência de compra de cigarro; e questões que envolviam a idade e sentimentos em relação a hipóteses situacionais em que amigos, professores e familiares viam o estudante fumando.

Para aplicação do questionário, os professores foram convidados a se retirar da sala, e explicações aos alunos sobre o anonimato, o instrumento e a importância da pesquisa, anterior à execução foram realizadas. A participação dos estudantes foi voluntária, e os entrevistados, bem como seus pais e/ou responsáveis, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à pesquisa, anteriormente à aplicação do questionário. Responderam às perguntas apenas os estudantes que apresentaram o TCLE assinado pelo responsável. Esta pesquisa foi aprovada por comitê de ética institucional, sob o parecer nº 31.824.

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva (média, desvio-padrão e percentual) para caracterizar a amostra, e a estatística inferencial para comparar as respostas dos participantes. Os sujeitos foram divididos em grupos conforme a idade que haviam experimentado cigarro, álcool, narguilé e maconha pela primeira vez, e comparados por meio da análise de variâncias de uma via (ANOVA) e pós-teste de Tukey.

A avaliação do grau de dispersão de respostas em duas variáveis nominais foi realizada pelo teste qui-quadrado e

pelo escore z. Todas as análises foram realizadas utilizando-se dos programas SPSS 17.0 e SigmaStat 3.5, sob um nível de significância de 5%.¹⁹

RESULTADOS

Foram entregues 552 TCLE para escolares do ensino fundamental de 6 escolas municipais. Destes, 375 alunos apresentaram o TCLE assinado e responderam ao questionário, totalizando uma porcentagem de retorno de 67,92%. Foram excluídos 44 questionários por estarem incompletos ou respondidos de forma errônea. Portanto, o estudo foi realizado com 331 participantes.

Dos 331 participantes, 50,2% (n=166) eram do sexo feminino e 49,8% (n=165) do sexo masculino. A idade deles variou entre 6 e 17 anos, sendo a idade média de $10,93 \pm 0,12$ anos (média \pm erro padrão da média).

Sobre a experimentação do cigarro, 86,7% (n=287) relataram que não haviam experimentado, enquanto 13,3% (n=44) disseram que já o haviam experimentado. Além disso, 17,82% (n=59) relataram ter experimentado narguilé, 35,95% (n=117) experimentaram bebida alcoólica, 1,81% (n=6) maconha e 0,91% (n=3) já fizeram uso de outras drogas.

A idade informada em que ocorreu a experimentação do cigarro variou entre 5 e 17 anos, sendo a idade média de $11,56 \pm 0,41$ anos. Sobre outras drogas, a idade média que os participantes haviam experimentado álcool foi de

$10,15 \pm 0,27$ anos; de $11,59 \pm 0,35$ anos para o narguilé e de $13,80 \pm 0,86$ anos para maconha. Dos 3 adolescentes que relataram que já haviam usado outras drogas, apenas um relatou tê-las experimentado com 13 anos de idade. Houve diferença significativa em relação à idade em que os adolescentes experimentaram as drogas (teste ANOVA de uma via, $p < 0,001$), sendo que a idade que eles experimentaram álcool foi significativamente menor do que a idade que eles experimentaram cigarro, narguilé e maconha (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$). (Figura 1).

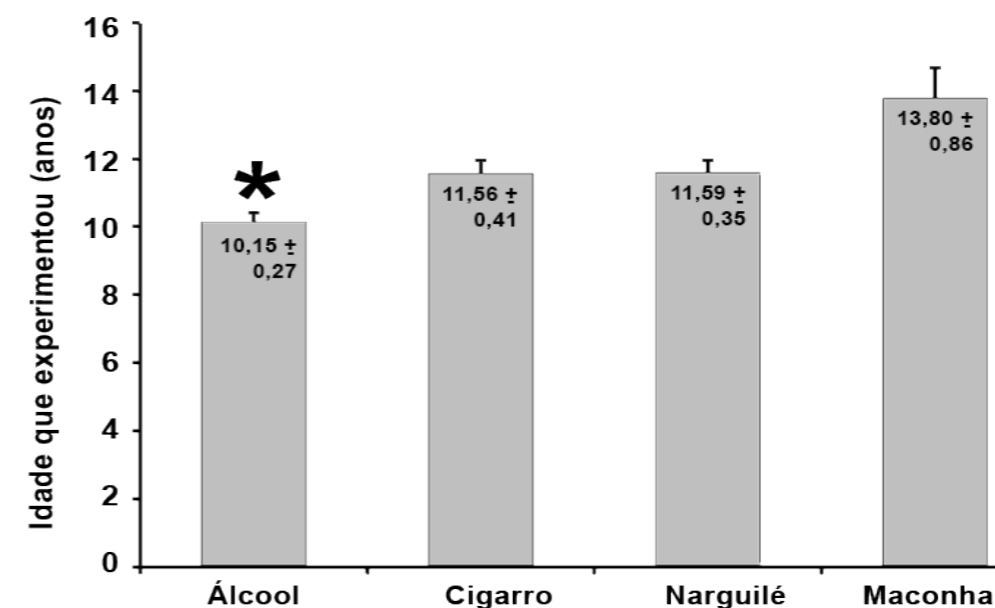


Figura 1: Gráfico ilustrando a idade em que as crianças e adolescentes experimentaram álcool, cigarro, narguilé e maconha. Cada coluna representa a média e a barra o desvio padrão da média. * Diferença significativa em relação ao cigarro, narguilé e maconha (ANOVA de uma via, $p < 0,001$, pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

Não houve associação entre o sexo dos adolescentes e o fato de terem experimentado cigarro (teste do qui-quadrado, $p = 0,321$), sendo que 11,4% (n=19) dos adolescentes do sexo feminino haviam experimentado cigarro, enquanto 15,2% (n=25) dos do sexo masculino também já haviam experimentado.

Não houve associação entre o fato de experimentar cigarro e as variáveis: a) alguém da casa/família fumar (teste do qui-quadrado, $p = 0,434$); b) experimentar "outras drogas" ($p = 0,063$).

Por outro lado, o percentual de adolescentes que já haviam experimentado cigarro foi maior do que aqueles que ainda não haviam experimentado, em relação aos amigos que fumam (79,5% versus 35,8%, $p < 0,001$), frequência com que vê pessoas que fumam (todos os dias/sempre: 74,4% versus 36,9%, $p < 0,001$), compram cigarro para alguém (61,4% versus 32,6%, $p < 0,001$), veem muitas pessoas que fumam no geral e em filmes (86,0% versus 67,6%, $p = 0,023$), experimentaram bebida alcoólica (86,4% versus 28,9%, $p < 0,001$), experimentaram narguilé (59,1% versus 11,7%, $p < 0,001$) e experimentaram maconha (14,0% versus 0,0%, $p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1: Associação da experimentação do cigarro alguma vez na vida com familiares e amigos fumantes, comportamento em relação ao cigarro e experimentação de outras drogas.

Variável	Experimentou cigarro alguma vez na vida		Total
	Sim	Não	
Alguém da casa/família fuma (p=0,434*) (n=327)			
Sim	67,4 (29)	59,9 (170)	60,9 (199)
Não	32,6 (14)	40,1 (114)	39,1 (128)
Amigos que fumam (p<0,001*) (n=309)			
Sim	79,5 (35)	35,8 (95)	42,1 (130)
Não	20,5 (9)	64,2 (170)	57,9 (179)
Frequência que vê pessoas que fumam (p<0,001*) (n=311)			
Todos os dias/sempre (p<0,001)**	74,4 (32)	36,9 (99)	42,1 (131)
De vez em quando (p=0,004)**	20,9 (9)	45,9 (123)	42,4 (132)
Raramente (p=0,438)**	4,7(2)	9,7 (26)	9,0 (28)
Nunca (p=0,128)**	0,0 (0)	7,5 (20)	6,4 (20)
Comprou cigarro para alguém (p<0,001*) (n=314)			
Sim	61,4 (27)	32,6 (88)	36,6 (115)
Não	38,6 (17)	67,4 (182)	63,4 (199)
Vê muitas pessoas que fumam no geral e em filmes (p=0,023*) (n=318)			
Sim	86,0 (37)	67,6 (186)	70,1 (223)
Não	14,0 (6)	32,4 (89)	29,9 (95)
Experimentou bebida alcoólica (p<0,001*) (n=324)			
Sim	86,4 (38)	28,9 (81)	36,7 (119)
Não	13,6 (6)	71,1 (199)	63,3 (205)
Experimentou Narguilé (p<0,001*) (n=326)			
Sim	59,1 (26)	11,7 (33)	18,1 (59)
Não	40,9(18)	88,3 (249)	81,9 (267)
Experimentou Maconha (p<0,001*) (n=326)			
Sim	14,0 (6)	0,0(0)	1,8 (6)
Não	86,0 (37)	100,0 (283)	98,2 (320)
Experimentou outras drogas (p=0,063*) (n=326)			
Sim	4,5 (2)	0,4 (1)	0,9 (3)
Não	95,5 (42)	99,6 (281)	99,1 (323)

Os dados estão apresentados em frequência relativa (absoluta). * Valor de p no teste do qui-quadrado. ** Valor de p no teste z. Os valores de p em negrito indicam associação significativa entre as variáveis (qui-quadrado) ou diferença entre os percentuais (teste z).

O mesmo foi também observado em relação: a) ao que acha de pessoas que fumam como uma coisa positiva (27,3% versus 11,2%, p=0,007) ou como algo positivo e negativo ao mesmo tempo (11,4% versus 3,1%, p=0,031); b) à sensação positiva ao ver personagens de TV que fumam (36,4% versus 19,8%, p=0,023) ou algo positivo e negativo ao mesmo tempo (27,3% versus 9,5%, p=0,002); c) à sensação positiva diante da possibilidade de ser visto fumando por um amigo (15,9% versus 0,7%, p<0,001) ou não tem nenhum sentimento a este respeito (34,1% versus 9,6%, p<0,001); e d) a não ter nenhum sentimento à possibilidade de ser visto fumando por um professor ou parente (35,7% versus 8,3%, p<0,001) (Tabela 2).

Tabela 2: Associação da experimentação do cigarro alguma vez na vida a percepções sobre o ato de fumar.

Variável	Experimentou cigarro alguma vez na vida		Total
	Sim	Não	
O que acha de pessoas que fumam (p<0,001*) (n=331)			
Positivo (p=0,007)**	27,3 (12)	11,2 (32)	13,3 (44)
Negativo (p<0,001)**	61,4 (27)	85,7 (246)	82,5 (273)
Ambos (p=0,031)**	11,4 (5)	3,1 (9)	4,2 (14)
Sensação ao ver personagens da TV que fumam (p<0,001*) (n=327)			
Positivo (p=0,023)**	36,4 (16)	19,8 (56)	22,0 (72)
Negativo (p<0,001)**	36,4 (16)	70,7 (200)	66,1 (216)
Ambos (p=0,002)**	27,3 (12)	9,5 (27)	11,9 (39)
Sensação ao ser visto fumando por um amigo (p<0,001*) (n=325)			
Positivo (p<0,001)**	15,9 (7)	0,7 (2)	2,8 (9)
Negativo (p<0,001)**	50,0 (22)	89,7 (252)	84,3 (274)
Nenhum sentimento (p<0,001)**	34,1 (15)	9,6 (27)	12,9 (42)
Sensação ao ser visto fumando por um professor ou parente (p<0,001*) (n=306)			
Positivo (p=0,648)**	2,4 (1)	0,4 (1)	0,7 (2)
Negativo (p<0,001)**	61,9 (26)	91,3 (241)	87,3 (267)
Nenhum sentimento (p<0,001)**	35,7 (15)	8,3 (22)	12,1 (37)

Os dados estão apresentados em frequência relativa (absoluta). * Valor de p no teste do qui-quadrado. ** Valor de p no teste z. Os valores de p em negrito indicam associação significativa entre as variáveis (qui-quadrado) ou diferença entre os percentuais (teste z).

DISCUSSÃO

A experimentação do cigarro entre crianças e adolescentes se mostrou presente em 13,3% dos participantes do estudo, no qual um número significativo destes relatou já ter feito uso de outras substâncias psicoativas. Quando comparados a crianças que nunca fizeram o uso do tabaco, aqueles que já experimentaram se mostraram mais expostos a pessoas tabagistas e à visibilidade de personagens fumantes na mídia cinematográfica, além de possuírem amigos que fumam e de terem realizado a compra do cigarro mesmo sendo menor de idade.

Acreditamos que a importância de estudar os motivos que levam crianças e adolescentes a entrarem no mundo do cigarro está diretamente relacionada às melhoras da capacidade de desenvolver e de implementar programas de prevenção ao hábito tabágico nessa faixa etária, a fim de reduzir e de evitar o comportamento voltado ao tabagismo entre jovens e crianças. O estudo revelou que a idade média dos entrevistados que já experimentaram o cigarro foi de 11,56±0,41 anos, corroborando resultados nacionais, em que os escolares que já experimentaram o cigarro fizeram-no até aos 12 anos de idade.⁴

Com relação aos fatores sociais, não encontramos influência significativa na experimentação do cigarro por crianças que possuem familiares que fumam. Porém, foi observado que os fatos de ter amigos que fumam, de

visualizar personagens tabagistas na mídia cinematográfica e de comprar cigarro para outros estão relacionados com a experimentação do cigarro por crianças.

Há fortes evidências que pais, amigos e irmãos que fumam influenciam diretamente no desenvolvimento do hábito tabágico da criança ou adolescente,^{5,6,10,11,16,20,21} em que a probabilidade de um adolescente de 15 anos fumar é de 0,6% se seus pais, irmãos e melhores amigos não fazem uso de álcool e não fumam, contra 84,9% para aquele cujas pessoas próximas são fumantes e fazem uso de bebida alcoólica.²⁰ Além disso, o comportamento de amigos que fumam ou escolas onde fumar é comum predispõem à iniciação de crianças ao tabagismo duas vezes mais que aquelas que não possuem amigos fumantes^{9,10} e, ainda que o estudante não tenha amigos ou pais que fumam, o fato de ter outros alunos na comunidade escolar que fazem uso do cigarro, está diretamente associado à vontade da criança em fumar.¹⁶ Essas comprovações também podem justificar nosso resultado com relação à frequência com que as crianças visualizam tabagistas, visto que 74,4% dos entrevistados que já experimentaram cigarro relataram estar expostos diariamente a pessoas que fumam.

Considerando a variável sexo, nota-se que não houve diferença entre meninos e meninas na experimentação do cigarro. Esse achado é consistente com alguns estudos que descrevem

que, devido às mudanças históricas, sociais e ao processo de globalização, a exposição e o uso do cigarro pelo sexo feminino estão cada vez maiores, representando mais um grave problema de saúde pública.¹⁸

Outro resultado relevante foi a alta porcentagem da visibilidade de personagens tabagistas na mídia cinematográfica e a compra de cigarro por menores de 18 anos, que tiveram influência significativa na experimentação do tabaco. Sabe-se que no Brasil muitas são as políticas e portarias públicas de saúde que procuram evitar a propaganda e exposição, além da venda do cigarro para menores de idade. A Portaria Interministerial nº 477, de 24 de março de 1995, adverte às emissoras de televisão aberta que evitem a transmissão de personalidades popularmente conhecidas fumando.²² Já a Lei 8.069/1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, torna proibida a venda do cigarro para menores de 18 anos.²³

No entanto, observa-se que a mídia cinematográfica ainda contribui para a exposição de personagens tabagistas, que podem influenciar o uso do tabaco por crianças e adolescentes, demonstrando uma fragilidade nas Políticas de Controle do Tabaco, dado que não há restrições para a exposição de fumantes nos cinemas e na televisão fechada.

Hoje em dia, o ato de fumar em filmes é a maior fonte de imagens de tabaco a nível mundial, e os jovens são mais propensos a fumar se eles estão frequentemente expostos a imagens

de tabagismo em filmes.²⁴ Uma medida de prevenção para a visualização de filmes com exposições de cigarro é a restrição continuada por parte dos pais no controle do que os filhos assistem, posto que filhos cujos pais não fazem a restrição de filmes impróprios durante a adolescência apresentam maiores riscos de fumar. E não é só responsabilizar os pais: as lojas de filmes e os teatros devem, também, aplicar políticas proibindo que crianças menores de idade aluguem ou assistam a filmes e a peças sem acompanhamento dos responsáveis.²⁵

Existe um aumento do risco duas vezes maior de experimentação de cigarro em crianças que tiveram maior exposição ao fumo a partir de filmes americanos, independentemente de outros fatores de risco para o tabagismo, constatando que a exposição a filmes que incitam o uso do tabaco entre as diferentes culturas pode ter sérias implicações para a saúde pública.²⁶ Além disso, estudos mostram que a visibilidade de personagens fumantes na televisão aberta ainda acontece frequentemente ou muito frequentemente pela população brasileira.¹⁷

Os resultados mostraram que as crianças e adolescentes também associam os personagens fumantes dos filmes ao poder, à riqueza e à beleza. Para um iniciante, fumar um cigarro pode significar um ato simbólico de independência e poder,¹⁰ o que pode contribuir diretamente com a vontade de fumar, visto que muitos dos entrevistados relatam sentimento positivo ou de

indiferença quando perguntado sobre a hipótese de ser visto fumando por um amigo por aqueles que já fumaram.

Em relação à indústria do tabaco, observa-se na literatura que cada vez mais ela tenta atrair clientes a partir da criação de produtos variados e que agradem aos jovens, como a criação de cigarros mentolados, com diversos sabores e o uso de filtros de baixo teores em seus produtos.^{17,27,28} A relação da juventude com o tabagismo é favorecida e apoiada pela tecnociência, que, por sua vez é submissa à indústria. Todavia, tanto a indústria como o consumo dos produtos tabágicos são insustentáveis devido a fatores ecossistêmicos e biopsicossociais.²⁸ Tais fatos acabam por subestimar a real influência da exposição por parte da mídia, da publicidade e do patrocínio das indústrias do tabaco para a população, principalmente para crianças e jovens.¹⁷

Encontramos, ainda, uma enorme negligência por parte dos familiares e comerciantes que incentivam a venda do cigarro para menores de 18 anos, o que revela a necessidade de ampliação das medidas de fiscalização e punição para aqueles que infringem a Lei de venda proibida de cigarro para menores de idade. Não só a venda, mas também a exposição do produto à população pediátrica tem sido fonte de influência para o uso do cigarro, posto que ele é comercializado, por muitas vezes, próximos as suas escolas e residências, onde no balcão de venda o cigarro se encontra exibido junto a produtos, como doces, balas e outros mantimentos

voltados para o consumo das crianças.¹⁷

Podemos ainda relacionar o uso de álcool anterior à experimentação do cigarro, do narguilé na mesma época e o uso da maconha posteriormente, o que nos faz refletir que o uso destas substâncias são fatores de risco para o hábito tabágico e, por seguinte, para o uso da maconha. O consumo de bebidas alcoólicas está, em grande parte, relacionado ao hábito de fumar, em que grande maioria dos estudantes que fumam também bebem^{2,16}. Normalmente, há um maior índice de escolares que experimentaram álcool, seguido de cigarro, maconha e outras drogas, respectivamente^{29,30}, sendo que quanto mais cedo ocorrer o uso do tabaco e da bebida alcoólica, maiores são os riscos para o uso de drogas ilícitas, principalmente se o uso do álcool e do cigarro ocorrerem antes dos 12 anos de idade.

A experimentação de outras drogas mais fortes também está associada à alteração do nível de consciência por embriaguez ou uso da maconha, sendo esta o maior precursor de uso de outras drogas e o cigarro o precursor da experimentação da maconha. Contudo, o uso precoce e crescente de qualquer uma dessas três substâncias está associado ao uso de drogas, ainda que “mais leves”, significando que o uso de qualquer substância pode representar alterações de responsabilidade, de comportamento ou até mesmo a presença de síndromes e/ou doença.²⁹

Além disso, resultados de estudos que visam identificar tais fatores de risco

têm pelo menos duas implicações para a saúde pública e para as autoridades de educação, respectivamente. Em primeiro lugar, para o setor de saúde pública, há uma grande necessidade de implementar os programas de intervenção para que estes possam impulsionar a atenção primária para fornecer informações sobre os efeitos adversos do uso do tabaco.¹⁷ Em segundo, para o setor da educação, há também uma necessidade urgente de incluir a educação em saúde no currículo para abordar o comportamento de risco entre as crianças que fumam.³¹ Os formuladores de políticas em educação devem começar a introdução de programas de habilidades que abordam este risco à saúde.

Limitamos o estudo a escolares do ensino fundamental de escolas públicas e, por se tratar de um questionário autoaplicável, não podemos nos furtar de refletir sobre o método adotado, no qual os dados são decorrentes das respostas dos entrevistados. A opção por este método se deu por facilitar a aplicação da pesquisa com grande número de crianças e, para confirmação dos resultados, por sugerir estudos semelhantes, realizados de maneira observacional e com maiores amostras.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstram que a experimentação do cigarro pelas crianças e adolescentes estudados iniciou-se por volta dos 11 anos de idade e sofreu influência da comunidade

escolar e de amigos que fumam, do uso prévio de bebidas alcoólicas e do narguilé, da exposição de personagens tabagistas na mídia cinematográfica que incitam sentimentos positivos nos telespectadores, da venda do produto para menores de idade e da visibilidade de pessoas que fumam. Além disso, o uso do cigarro também acaba por influenciar ao uso posterior da maconha.

Os resultados demonstram que as políticas educacionais preventivas surtiram efeito ao constatar baixa prevalência do uso do cigarro e das drogas psicoativas na amostra estudada. Contudo, entre os fumantes, vincula-se ainda a ideia de aceite psicossocial em grupo, refletindo uma visão antiga na qual os malefícios de tais substâncias eram negligenciados.

Esses resultados possibilitarão a implementação de ações mais resolutivas e contundentes para a prevenção do tabagismo entre os jovens e adolescentes, e chama a atenção das políticas públicas de combate ao tabagismo frente a uma maior fiscalização de compra e venda de cigarros, bem como à exposição de personagens tabagistas na mídia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. World Health Organization; 2011. 158p.
2. Rodrigues MC, Viegas CAA, Gomes EL, Morais JPMG, Zakir JCO. Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. *J bras pneumol*. 2009;35(10): 986-91.
3. Carmo JT, Andres-Pueyo A, Lopez EA. La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4): 999-1005.
4. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl.2):3027-34.
5. Mashita RJ, Themane MJ, Monyeki KD, Kemper HCG. Current smoking behaviour among rural South African children: Ellisras Longitudinal Study. *BCM Pediatrics*. 2011;11:58.
6. Costa MCO, Alves MVQM, Santos CAST, Carvalho RC, Souza KEP, Sousa HL. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1143-54.
7. Müller-Riemenschneider F, Rasch A, Bockelbrink A, Vauth C, Willich SN, Greiner W. Effectiveness and cost-effectiveness of behavioural strategies in the prevention of cigarette smoking. *GMS Health Technology Assessment*. 2008;4.
8. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo um grave problema de saúde pública. 1.ed. Instituto Nacional de Câncer; 2007. 24p.
9. Cardenal CA, Adeli MN. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2002;76(3).
10. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ Journal*. 2004;328(7434):277-9.
11. Pinto DS, Ribeiro SA. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém - PA. *J. bras. pneumol*. 2007; 33(5): 558-64.
12. Burton D, Graham JW, Johnson CA, Uutela A, Vartiainen E, Palmer RF. Perceptions of Smoking Prevalence by Youth in Countries With and Without a Tobacco Advertising Ban. *Health Commun*. 2010;15(6):656-64.
13. Andrews JA, Hampson SE, Barckley M, Gerrard M, Gibbons FX. The Effect of Early Cognitions On Cigarette and Alcohol Use in Adolescence. *Psychol Addict Behav*. 2008;22(1): 96-106.
14. Pärna K, Usin J, Ringmets I. Cigarette and waterpipe smoking among adolescents in Estonia: HBSC survey results, 1994-2006. *BMC Public Health*. 2008;8:392.
15. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Costa E Silva VL, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Banco Mundial e Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano - Banco Mundial. 2007.
16. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP. Adolescent substance use and peer use: a multilevel analysis of cross-sectional population data. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2013;8:27.
17. Projeto Itc. Relatório ITC do Brasil sobre Propaganda, Promoção e Patrocínio de tabaco. Ontário: Universidade de Waterloo; Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Fundação do Câncer; Aliança de Controle do Tabagismo; Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde; 2013. 34 p.
18. Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tob Control*. 2012;21(2): 236-43.
19. Shott S. Statistics for health professionals. London: W.B. Saunders Company; 1990.
20. Abreu MNS, Souza CF, Caiaffa WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5).
21. Fraga S, Elisabete R, Barros H. Uso de Tabaco por Estudantes Adolescentes Portugueses e Fatores Associados. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (4): 620-26.
22. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça (BR). Ministério da Comunicação (BR). Portaria Interministerial n. 477, de 24 mar. 1995.
23. Estatuto da criança e do adolescente (1990) (BR). Estatuto da criança e do adolescente. 7.ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2010. 225 p. Série legislação ; n. 25
24. Action On Smoking Health. Tobacco Advertising & Promotion in the UK. ASH Fact Sheet. 2012.
25. Leeuw RNH, Sargent JD, Stoolmiller M, Scholte RHJ, Engels RCME, Tanski SE. Association of Smoking Onset With R-Rated Movie Restrictions and Adolescent Sensation Seeking. *Pediatrics*. 2011;127 (1).
26. Hanewinkel R, Sargent JD. Exposure to Smoking in Internationally Distributed American Movies and Youth Smoking in Germany: A Cross-cultural Cohort Study. *Pediatrics* . 2008;121(1).
27. Dauphinee AL, Doxey JR, Schleicher NC, Fortmann SP, Henriksen L. Racial differences in cigarette brand recognition and impact on youth smoking. *BMC Public Health*. 2013;13:170.
28. Boeira SL. Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. *Rev. adm. empres.*. 2006;46(3).
29. Baggio AS, Studera J, Mohler-Kuob M, Daeppena JB, Gmel G. Profiles of drug users in Switzerland and effects of early-onset intensive use of alcohol, tobacco and cannabis on other illicit drug use. *Swiss Med Wkly*. 2013;143.
30. Mrug S, Gaines J, Su W, Windle M. School-Level Substance Use: Effects on Early Adolescents' Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(4): 488-95.
31. Barradas L. Exposição involuntária ao fumo do tabaco em crianças. Tabagismo nos jovens. *Rev Port Pneumol*. 2011;17:3-4.

REPERCUSSÕES DA ROTINA DE CUIDADOS AO FILHO COM MIELO-MENINGOCELE NA QUALIDADE DE VIDA DE SUAS MÃES

Repercussion of the care routine to children with myelomeningocele in the quality of life of their mothers

Dirce Shizuko Fujisawa

Doutora, Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina/UEL – PR

Endereço de contato:

Dirce Shizuko Fujisawa – dirce07@sercomtel.com.br; dirce_fujisawa@uel.br
Rua Borba Gato, 70, ap. 204, Jardim América, Londrina/PR CEP 86010-630

Eliza Dieko Oshiro Tanaka

Doutora, Docente do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina/UEL – PR

Resumo

O estudo quali quantitativo teve como objetivos analisar a rotina de cuidados diários à criança com mielomeningocele e compreender as repercussões sobre a qualidade de vida de suas respectivas mães. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e aplicação do *Short Form Health Survey* (SF-36). Foram entrevistadas oito participantes, e trinta e seis mães responderam ao SF-36. Quatro categorias de análise foram estabelecidas: cuidados com o filho, autocuidado, qualidade de vida e contribuição do serviço especializado. Os resultados do SF-36 foram analisados por meio da mediana e limite inferior e superior. A rotina de cuidados à criança com mielomeningocele envolve procedimentos que exigem constante atenção das mães. Os aspectos mais afetados na qualidade de

Mariana Zingari Camargo

Mestre em Ciências da Reabilitação Programa Associado UEL/UNOPAR – Londrina/PR - Bolsista Fundação Araucária

vida foram: vitalidade, saúde mental e emocional. Recomenda-se que a equipe multidisciplinar desenvolva programas e ações de cunho informacional e emocional que auxiliem na melhora da qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Mielomeningocele. Mães. Saúde da mulher.

Abstract

The aim of this qualitative and descriptive study was to analyze the daily care routine to myelomeningocele children and understand its repercussion at the quality of life of the mothers. Data was gathered by means of a semi-structured interview and the application of *Short Form Health Survey* (SF-36). Eight participants were interviewed and thirty six mothers answered the SF-36. Four categories were established: care with the child, self-care, quality of life and contribution of the specialized service. The results from SF-36 were analyzed by its median, lowest limit and highest limit. The routine care of children with myelomeningocele includes several procedures and actions which demand frequent attention from mothers. The most affected factors on the quality of life were the vitality, and the mental and emotional health. It is recommended that the multidisciplinary team develop informational and emotional programs that improve the quality of life of those children and their family.

Keywords: Quality of life. Myelomeningocele. Mothers. Women's health.

INTRODUÇÃO

A mielomeningocele é uma das principais malformações do Sistema Nervoso Central. Trata-se de complexo defeito do fechamento do tubo neural associado à sequela neurológica, que pode causar significativa mortalidade e morbidade.¹ As falhas na fusão dos arcos vertebrais posteriores resultam em crescimento displásico da medula e das meninges.²

O programa terapêutico desenvolvido com crianças que possuem mielomeningocele envolve intervenções cirúrgicas, medicação, utilização de órteses e equipamentos, terapias e extensa rotina de cuidados. A adoção de abordagem multidisciplinar é recomendada no tratamento dessas crianças para melhorar a qualidade de vida.³

As crianças que possuem deficiência crônica não devem ser consideradas como entidades isoladas. Elas fazem parte, integralmente, de unidades sociais mais amplas, inseridas no contexto familiar, e cabe aos pais a responsabilidade pela tomada de todas as decisões e cuidados diários necessários.⁴ Entretanto, a responsabilidade pelos cuidados às crianças que possuem doenças crônicas e/ou deficiências, em grande parte, tem recaído sobre as mães.⁵ Com isso, muitas vezes, elas acabam experimentando exigências físicas e psicológicas maiores que os seus recursos pessoais. A atenção à saúde dos cuidadores de crianças que

possuem necessidades especiais é uma preocupação, relativamente, recente. Além disso, a compreensão da saúde como estado dinâmico, socialmente produzido, ainda é pouco investigada. Assim, é importante que se assegurem meios e situações que ampliem o bem-estar e a qualidade de vida da criança com necessidades especiais e seus familiares.⁶

No que se refere às mães de crianças com mielomeningocele, a rotina diária de cuidados, os problemas vivenciados, as dificuldades e as dúvidas enfrentadas por elas são inúmeras e, provavelmente, interferem na sua qualidade de vida. Portanto, os objetivos deste estudo consistiram em analisar a rotina de cuidados diários à criança com mielomeningocele e compreender as repercussões sobre a qualidade de vida de suas respectivas mães.

MÉTODO

O estudo desenvolvido foi qualitativo e quantitativo, e a coleta de informações foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e aplicação do questionário *Short Form Health Survey* (SF-36). O projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram encaminhados e aprovados pelo Comitê de Ética (Parecer N°. 024/07, CAAE N. 0028.0.268.000-07, Folha de rosto N°. 122971).

A entrevista semiestruturada foi norteada por roteiro de entrevista, elaborado conforme os objetivos

propostos no estudo, com perguntas iniciais de fácil complexidade, evoluindo para as de difícil complexidade. Os temas das perguntas versaram sobre a rotina de cuidados, tempo dedicado ao filho com mielomeningocele, autocuidado e atendimento especializado. O roteiro proposto foi submetido à análise de cinco juízes, que efetuaram sugestões e correções sobre a sequência e a compreensão das perguntas. Duas entrevistas piloto foram realizadas, com o intuito de avaliar a compreensão, a sequência e a adequação das perguntas do roteiro. Após a sua transcrição, observou-se que o roteiro estava adequado aos objetivos do estudo.

A coleta de informações junto às mães foi precedida da explanação sobre o estudo proposto, leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e solicitação da permissão para gravar a sua fala. Somente após o consentimento delas foi iniciada a entrevista e a aplicação do questionário SF-36.

Utilizou-se como critério de seleção das participantes o atendimento a uma das seguintes condições: mães saudáveis ou com doença crônica diagnosticada, famílias de condição socioeconômica favorável ou desfavorável, filhos deambuladores, cadeirantes ou que ainda não definiram sua forma de locomoção (indeterminado), diferentes segmentos lesionados e faixa etária da criança. Tais critérios foram definidos com o intuito de obter amostra heterogênea em suas condições. Esse cuidado foi tomado para garantir que qualquer homogeneidade observada

na qualidade de vida das participantes fosse consequência da intensa rotina de cuidados junto à criança, e não de outras variáveis. Além dos cuidados citados, o número de participantes da entrevista foi definido a partir da ocorrência de repetição nas informações concedidas pelas entrevistadas. Assim, foram realizadas oito entrevistas com mães de crianças com mielomeningocele, que serão denominadas de P e identificadas por número. A idade das mães participantes variou de 27 a 42 anos, e de seus filhos com mielomeningocele de 19 dias a 9 anos. Quanto ao estado civil, todas eram casadas.

Os relatos verbais foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo. A partir de leituras repetidas dos relatos verbais transcritos, elaboraram-se as categorias de análise, que foram submetidas à apreciação de três juízes, dois fisioterapeutas e um psicólogo, com o objetivo de avaliar a sua pertinência e adequação. Esses profissionais possuíam experiência na reabilitação de indivíduos com deficiência motora e no desenvolvimento de estudos qualitativos. As sugestões efetuadas pelos juízes contribuíram na definição das categorias de análise.

A aplicação do questionário SF-36 foi realizada em 36 mães por amostragem de conveniência. A idade das participantes variou de 22 a 42 anos. Das 36 participantes, 8 apresentavam doenças já diagnosticadas, tais como: bronquite, câncer, obesidade mórbida, hipertensão arterial, síndrome do pânico. O SF-36 é um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida, de

caráter multidimensional,⁷ validado no Brasil por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma.⁸ O instrumento é constituído de 8 componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final varia de 0 a 100 pontos, sendo que 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.

O estudo de Eker e Tüzün⁹ utilizou o questionário SF-36 para avaliar a qualidade de vida de mães de crianças com paralisia cerebral. Já Pádua et al.,¹⁰ no estudo sobre a desabilidade e qualidade de vida de adultos jovens com mielomeningocele, aplicaram diversos instrumentos, inclusive o SF-36. Dessa forma, verifica-se que o SF-36 permite a avaliação da qualidade de vida de mães de crianças com distúrbios motores e/ou físicos.

A análise estatística dos dados obtidos com as participantes, por intermédio do SF-36, foi realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk com a finalidade de verificar a normalidade da sua distribuição. Como os resultados não apresentaram distribuição normal, procedeu-se ao cálculo da mediana, do limite inferior e limite superior de cada componente do SF-36.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro categorias de análise estabelecidas foram: cuidados com o filho, autocuidado, qualidade de vida das mães e contribuição do serviço

especializado. Essas categorias foram ilustradas por meio da inserção de alguns recortes de relatos verbais apresentados pelas participantes.

Cuidados com o filho

A categoria cuidados com o filho refere-se à descrição de todas as tarefas que as mães executam cotidianamente com o filho que possui mielomeningocele. Aborda, também, as dificuldades relatadas pelas mães para a realização do tratamento, as situações ou as condições que ajudam a amenizar a sobrecarga do seu cotidiano e as consequências da rotina vivenciada nos cuidados diários com o filho em suas vidas.

As crianças com mielomeningocele necessitam passar por intervenção cirúrgica logo após o nascimento. A mediana de correção é de quatro dias, e, com frequência, elas apresentam hidrocefalia, atraso motor, bexiga neurogênica e pé torto congênito.³ Várias complicações secundárias também podem ocorrer, como, por exemplo: ulcera de decúbito, infecção do trato urinário, deformidade e dificuldade de aprendizagem escolar. A mielomeningocele traz consequências para a vida da criança, pois ocorrem problemas neurológicos, músculoesqueléticos, de desenvolvimento, da pele e disfunção vesical e intestinal.¹¹ Por conta disso, a rotina de cuidados diários com o filho que possui mielomeningocele envolve uma série de atividades que acabam

absorvendo tempo intenso de dedicação das mães, como ilustra a fala a seguir:

Eu levanto passo a sondinha, troco ela, dou mamadeira, dou o que comer pra ela, mamadeira, aí levo pra escola. Aí tem dia que ela não mama, aí tenho que ir na hora do recreio que é pertinho, né? Aí faço o serviço... onze e vinte eu vou buscar ela, aí chego se tá calor essas coisas eu dou banho e já troco e já dou almoço e já sai de novo. Passo sonda também, aí levo na escola e levo na instituição X pra fazer alguma atividade e daí eu volto e fico esperando meu marido até de tarde pra mim ir lá porque onde eu levo ela é do outro lado da cidade, não tem circular, não tem nada e então é muito cansativo pra eu ficar vindo empurrando ela com a cadeira, então é perto do serviço do meu marido, eu fico na minha sogra e só volto de tarde. Aí na terça-feira, terça-feira ela, na segunda-feira ela tem reforço perto de onde eu moro, segunda e quarta é uma e meia que ela entra e sai três horas, aí na terça-feira ela entra uma e meia na outra escola e sai três horas, aí dia de quinta-feira ela entra três horas e sai cinco e meia. Ela só não vai lá dia de sexta-feira ela faz fisioterapia e fono, aí que ela não vai na outra escola, segunda e quinta ela vai na escola de manhã e de tarde. Aí volta banho, janta, sonda. (P2)

Uma das tarefas que, frequentemente, as mães precisam assumir nas rotinas de cuidados diários tem sido a execução do cateterismo intermitente, a troca de fraldas e a realização de terapias, conforme mostram as falas: “passo a sonda cinco, seis vezes” (P2), “a única coisa que é

diferente que ele tem que trocar, já não é como uma criança da idade dele” (P1), “aí vem pra fisioterapia, aí chega da fisioterapia [...]” (P5). O cateterismo intermitente é considerado por essas mães um procedimento de difícil execução: “quando eu comecei a usar a sonda nele, eu não conseguia passar. Tinha medo e não conseguia [...]” (P3).

A maioria dos pais sente aversão quando precisam fazer o cateterismo intermitente no filho, mas, por outro lado, eles compreendem que a sua execução e gerenciamento são imprescindíveis.¹² Apesar de todas as dificuldades e do desconhecimento para realizar os procedimentos, as mães persistem na aprendizagem para que a sua execução seja possível: “Eu não sabia e também nunca tinha mexido com curativo, né! Aí eu tive que aprender” (P7).

Em realidade, o que se pode observar pelo relato das participantes é que, independentemente da sua dificuldade ou do seu estado físico e emocional, a rotina de cuidados com seus filhos acaba sendo de sua responsabilidade. Portanto, elas não têm alternativas a não ser assumir a tarefa de realizar os cuidados necessários para a manutenção da saúde do filho, pois “se achar difícil é você mesmo que tem que fazer, não tem essa” (P1), “tem vez, tem dia, que a gente tá mais cansada assim, mas aí a gente faz” (P3).

Essa situação foi identificada também em estudo que buscou analisar as representações e necessidades de crianças em idade escolar, portadoras de bexiga neurogênica, e

de suas mães.¹³ O estudo mostrou que, preparadas ou não para cuidar de seus filhos com bexiga neurogênica, as mães assumiam toda a responsabilidade junto a eles. A necessidade de proporcionar assistência constante à criança ocasionava desgaste às mães, que era percebido pelo seu desabafo “tudo eu”, frase que caracteriza a permanência cultural da responsabilização atribuída histórica e socialmente à mulher/mãe em relação ao cuidar/cuidado do filho. Apesar de os cuidados da criança com mielomeningocele estar sobre responsabilidade das mães, a maioria delas relata que pode contar com o auxílio dos seus familiares, principalmente de seus maridos: “meu marido ajuda muito” (P2). Algumas participantes, como P3 e P6, também argumentam que contam com a ajuda de outros filhos no cuidado à criança com mielomeningocele: “são dois irmãos que cuidam mais” (P6).

A doença ou a limitação física em uma pessoa pode provocar mudanças na vida de todos os membros da família e gerar situações de estresse, pois a sobrecarga de atividades para atender às necessidades da criança exige a reorganização de sua dinâmica. Contudo, ter um irmão deficiente não significa ter problemas, pois as relações entre irmãos dependerão da estrutura familiar, das crenças da família sobre a deficiência, da ordem de nascimento, da idade das crianças e da condição socioeconômica da família.¹⁴ Quanto menor a idade do irmão, maior a propensão para assumir o papel de cuidador do irmão com necessidades especiais.¹⁵ O fato de os irmãos em

idade escolar terem envolvimento maior no cuidado e supervisão do irmão com necessidades especiais, comparativamente a os irmãos adultos, pode ocorrer em função de os mais jovens estarem sob maior controle de seus cuidadores quanto ao cuidar destes irmãos.

A função de gerenciar, zelar e educar a prole sempre fica a cargo das mães, pois aos pais cabe o papel de provedor das necessidades econômicas para a subsistência da família. Essa colocação pode ser corroborada pelo estudo de Silva e Dessen,¹⁶ sobre a criança com Síndrome de Down e sua família, cujo resultado mostrou que as mães eram as maiores responsáveis pelos cuidados e pela transmissão de regras aos filhos. Já os pais desempenhavam papel secundário, envolvendo-se menos com a rotina da casa. Portanto, mesmo que a família auxilie nos cuidados da criança com mielomeningocele, a sobrecarga de toda a rotina que envolve a sua vida acaba sempre recaindo sobre as mães. Essa sobrecarga se torna tão intensa que as mães acabam vivendo em função desses filhos: “vinte e quatro horas” (P4), “eu não sei falar quanto tempo, mas a maioria é dela” (P5).

Holm et al.¹⁷ mostram em seu estudo sob o impacto da incerteza as razões pelas quais os pais de crianças com doenças crônicas são menos afetados em sua saúde física e psicológica em relação às mães, já que essas são mais expostas a situações estressantes.

A participante P7 foi a única

que não abordou sobre os aspectos relacionados à intensa rotina de cuidados, pois no momento da pesquisa seu filho tinha sido submetido a cirurgia de correção da mielomeningocele e se encontrava internado no hospital. Em realidade, essa mãe ainda não havia experienciado toda a situação de cuidados que a criança necessita diariamente, por seu filho ser recém-nascido.

Além do acompanhamento diurno intenso, os cuidados com a criança precisam ser estendidos também para o período noturno: “eu tenho que olhar como ele tá, porque ele vira muito no berço. Ah! Levanto umas três vezes. E tem a sonda da meia-noite” (P3.)

Os pais de crianças com deficiência física têm o seu sono afetado, pois necessitam cuidar de seus filhos também no período noturno.¹⁸ Já os pais das crianças com mielomeningocele precisavam dispor menor atenção aos filhos nesse período, quando comparadas a crianças que apresentavam distrofia muscular, paralisia cerebral e outros diagnósticos pela manifestação da dor¹⁸. Porém, o fato de a criança com mielomeningocele demandar menos atenção que as crianças com outras deficiências físicas, no período da noite, não significa que as mães deixam de se preocupar com seus filhos enquanto eles dormem.

O que se pode constatar é que à medida que a idade das crianças vai avançando eles se tornam mais independentes e, com isso, demandam menos necessidade de atenção aos

cuidados básicos, como é o caso das participantes P1, P5, P6 e P8 que possuem filhos com a idade entre 6 a 9 anos. Para essas participantes, as rotinas de cuidados diários com seus filhos tornaram-se menos desgastantes com o decorrer do tempo:

[...] ela acorda, ela vai no banheiro tomar banho e se penteia, tudo sozinha. Aí eu falo X vamos passar a sonda, aí, eu passo a sonda nela, aí ela vem pra tomar o café da manhã. Aí depois ela vai brincar e eu vou fazer o meu serviço. Depois quando dá nove horas eu entro pra fazer almoço de novo. Aí, eu pego, vou fazer a sondagem, aí eu vou fazendo o almoço aí ela fica tranquila. Depois quando dá meio-dia eu pego, aí ela toma banho pra ir pra escola, o ônibus chega pra pegar ela, eu faço a sondagem na hora que o ônibus tá vindo, aí ela vai pra escola. Aí depois, três horas, na escola, ela passa a sonda sozinha. Volta cinco horas. Quando dá seis horas, antes dela jantar eu já falo vamos tomar banho pra fazer a sondagem às seis. Ela toma banho, faz sondagem e vai janta. (P6)

A fase em que os filhos começam a frequentar a escola, teoricamente as mães acabam se desvinculando dos cuidados a eles, pelo menos durante o período em que permanecem fora de casa. Em estudo realizado com dois irmãos com mielomeningocele, identificou-se não haver alteração evidente no comportamento comunicativo, habilidades de linguagem oral e vocabulário receptivo, entretanto, verificaram-se alterações importantes quanto às habilidades psicolinguísticas, que podem refletir na leitura, escrita e

aritmética, conseqüentemente, causar impacto na atividade acadêmica.¹⁹ Portanto, outras demandas podem surgir em função da participação da criança na escola. O estudo de Verhoel et al.²⁰ mostrou que adultos jovens com mielomeningocele, que possuíam lesão abaixo de L2, eram independentes em todos os domínios do *Functional Independence Measure* (FIM), ao contrário da maioria dos adultos jovens com hidrocefalia e lesão acima de L2 que continuavam sendo dependentes na locomoção (79%) e autocuidado (54%). Contudo, no controle vesical, ambas as populações continuavam dependentes.

As mães de crianças com paralisia cerebral apresentam comprometimento emocional por estarem expostas a vários eventos estressantes, relacionadas ao cuidado com o filho, além de possuírem baixa coesão familiar, dificuldade de adaptação e maiores necessidades e exigências externas²¹. Embora as mães de crianças com mielomeningocele considerem que seus filhos tenham se tornado mais independentes, o que se pode verificar é que a sua preocupação ainda é constante: “minha mente tá ligada nela, sabe?” (P6). Essa preocupação continua a existir, pois além das rotinas de cuidados em seu domicílio, as mães precisam também levar seus filhos, constantemente, a consultas e terapias: “[...] já teve acompanhamento com nove especialidades médicas... teve vez de eu tá no hospital na segunda, na terça, na quarta, na quinta, na sexta” (P8). Para essa mãe, quando o seu filho estava na fase inicial do tratamento, necessitava de uma série de acompanhamentos

médicos especializados, que demandavam várias consultas e atendimentos. O tratamento da criança com mielomeningocele envolve várias especialidades e deve ser realizado por equipe multiprofissional, pois o processo de cuidado à sua saúde requer atenção tanto aos aspectos físicos e biológicos quanto sociais e psicológicos.³

A realização dos cuidados e procedimentos necessários ao filho com mielomeningocele modificou a rotina de vida das participantes, como pode ser demonstrado no relato: “porque muda a rotina da gente” (P1). Essa mudança está relacionada ao fato de, além de ter que cuidar do filho com mielomeningocele, as demais atribuições domésticas também ficam a cargo delas: “[...] eu tenho a casa pra limpar, roupa pra lavar” (P3). Essas mães anseiam por trabalho formal e remunerado, porém são impossibilitadas de exercer qualquer atividade fora de casa, visto que os cuidados com seus filhos demandam a maior parte do tempo de suas funções diárias: “você não consegue trabalhar, é ele, só ele” (P4). Apenas a participante P8 tem uma atividade profissional, já que possui empresa própria, que possibilita exercer trabalho fora de casa, pois sendo proprietária consegue conciliar a atividade profissional com as atividades domésticas. A opção que resta para a maioria é o trabalho informal e voluntário, pois sendo esporádico é possível de ser executado: “[...] na outra escola eu fico ajudando na secretaria, eu não fico parada. Eu ajudo recortar desenho das crianças ou vou dar atividade, eu não fico parada não” (P2).

Um alerta deve ser realizado sobre a invisibilidade do trabalho da mulher sob a ótica da desqualificação do trabalho doméstico na perspectiva econômica, pois é o tipo mais comum de atividade não remunerada.²² Partindo da ideia de Marx, pode-se dizer que nesse tipo de trabalho não há relação mercantil, pois não existe lucro. Observou-se que as mães de crianças com mielomeningocele, deste estudo, demonstraram interesse em ter trabalho formal. Tal sentimento é compreensível, já que além dos afazeres domésticos não serem remunerados, também não são socialmente reconhecidos como trabalho. As mulheres apresentam dificuldades em conciliar o trabalho com a maternidade, e que para elas, ser mãe é ser responsável pelos filhos.²³ Dessa forma, é possível compreender as dificuldades das mães de crianças com mielomeningocele em assumirem trabalho formal e remunerado, em detrimento do acréscimo de cuidados exigidos pelo seu filho.

Autocuidado

A categoria autocuidado refere-se aos cuidados relativos à saúde das mães de crianças com mielomeningocele. Quando questionadas sobre os cuidados à sua própria saúde, o que se pode constatar mediante a fala de algumas participantes é que essa prática se torna secundária em detrimento das necessidades de cuidados em relação ao filho, que no momento são mais emergentes: “nem um pouco, não tem

tempo” (P4), “o doutor falou assim pra mim, voltar pra marcar de novo. Eu nem fui lá, comigo eu não preocupo” (P6).

Somente as participantes P2 e P3 informaram que, no momento, realizam atividades de cuidados à sua saúde. Contudo, o que se pode observar é que essas atividades só são possíveis de serem realizadas pelo fato de a criança frequentar a escola durante um período do dia:

Antes eu não fazia caminhada nada, agora eu faço, to fazendo não todo dia, mas de vez em quando eu faço caminhada, antes eu não ia no médico porque se eu fosse tinha que levar ela e ela tinha que faltar na escola e agora não, eu vou quando ela está na escola. (P2)

As mães de crianças portadoras de bexiga neurogênica têm problemas em relação a sua própria vida nas esferas física, psíquica e social, decorrentes das tarefas relacionadas ao cuidar dos seus filhos¹³. Da mesma forma, neste estudo também foi identificado que as participantes, muitas vezes, negligenciam o autocuidado pelas mesmas razões. Os estudos sobre os efeitos na família de crianças com mielomeningocele, quanto ao grau de comprometimento, não são conclusivos.²⁴ Porém, as participantes revelaram que o avanço na idade da criança pode diminuir a sobrecarga em relação aos seus cuidados, liberando-as momentaneamente para o autocuidado.

A qualidade de vida das mães

Como fica a qualidade de vida das mães que abandonam os cuidados a si próprias para se dedicarem inteiramente ao filho que possui alguma doença crônica? Os estudos realizados mostraram que a qualidade de vida de mães de crianças com paralisia cerebral apresentava-se comprometida quando comparada a de mães de crianças sem e com problemas leves de saúde.^{9, 25} Estudo mostrou que 90% dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral severa eram as suas próprias mães, e o impacto na qualidade de vida foi demonstrado pelo baixo escore ao SF-36 nos componentes: aspecto social e emocional, saúde mental e vitalidade.²⁶

Nesse estudo, a aplicação do SF-36 nas mães de criança com mielomeningocele mostrou que a mediana do escore final obtido foi de 76, 27. As medianas das pontuações dos componentes do SF-36, com seus respectivos limites inferior e superior, foram: capacidade funcional 90 (30/100), aspecto físico 100 (0/100), dor 62 (10/100), estado geral de saúde 75 (27/100), vitalidade 45 (10/85), aspecto social 75 (12,5/100), aspecto emocional 66 (0/100) e saúde mental 56 (4/100). Esses resultados indicam que essas mães também possuem comprometimento na sua qualidade de vida. As suas pontuações foram menores nos componentes dor, vitalidade, saúde mental e aspecto emocional, já que foram inferiores a 70. Entretanto, quando comparado às mães de crianças com paralisia cerebral, o aspecto

social foi menos afetado. Esses dados corroboram as entrevistas, nas quais as mães revelaram que o autocuidado acaba ficando para segundo plano, pela necessidade de dispensar cuidados ao filho em primeiro plano.

A vitalidade está relacionada ao vigor e energia para realizar as atividades ou, ao contrário, a pessoa se sente esgotada ou cansada. Verificou-se que a extensa rotina de cuidados descrita pelas participantes, inclusive no período noturno, provavelmente, diminui a sua vitalidade e afeta a sua disposição para realizar tarefas que são importantes para o seu bem-estar físico, psíquico e social.

A saúde mental trata do estado da pessoa em relação ao desânimo e depressão ou felicidade e tranquilidade. A existência de doença crônica orgânica em um dos membros da família acarreta mudanças importantes no seu relacionamento, particularmente no que se refere ao estresse parental, isolamento social, comportamentos de superproteção e riscos aumentados para a ocorrência de desajustes psicológicos da criança, dos genitores e irmãos²⁷. As mães de crianças com mielomeningocele vivenciam essas modificações, e as preocupações constantes, decorrentes dessas alterações no âmbito da dinâmica familiar, acabam afetando a sua saúde mental. A incerteza em relação ao futuro do filho constitui aspecto crucial ao desenvolvimento de sintomas psicológicos nas mães de crianças com doenças crônicas, mais do que nos pais.²⁷

Os componentes com maiores pontuações do SF-36 foram o aspecto físico e a capacidade funcional. Esses dados revelam que, mesmo apresentando dor, saúde comprometida e menor vitalidade, as mães continuam a ser responsáveis pelos cuidados à criança. Conforme argumentam essas mães, a presença da dor e sua interferência na realização das atividades não têm relação apenas com os cuidados intensivos que necessitam despender ao filho com mielomeningocele, mas também, ao fato de algumas mães apresentarem doenças crônicas. Contudo, o que se pode constatar mediante os dados da entrevista é que mesmo que as participantes possuam alguma doença crônica, elas dedicam tempo menor do que o efetivamente necessário para se tratar. Os sintomas físicos são igualmente afetados em pais e mães de crianças com doenças crônicas.²⁷ Os dados das entrevistas revelaram que as participantes se dedicam intensamente aos cuidados de seus filhos, provavelmente, à custa de esforço e superação das dificuldades. O apoio de equipe interdisciplinar no sentido de propor estratégias educativas em saúde é recomendado, com a finalidade de propiciar melhoria da qualidade de vida no âmbito familiar de crianças com paralisia cerebral.²⁸

Contribuição do serviço especializado

A categoria contribuição do serviço especializado refere-se à percepção que

as participantes possuem em relação ao atendimento prestado pelos profissionais especializados que compõem a equipe multiprofissional. Além disso, inclui também a sua satisfação em relação aos serviços recebidos e as sugestões para a melhoria do sistema de saúde. Entre os benefícios obtidos pelas participantes destacam-se os esclarecimentos das suas dúvidas e a rapidez na resolução dos problemas apresentados pelos seus filhos: “no oitavo mês que eu vim [...] aí ele foi, que ele mandou fazer exames, já fiz aqui também. Já fiz, aí ele me explicou certinho, como é que ia ser quando ele nascer” (P1), “porque não tem pra onde recorrer, se o doutor estivesse aí, era só falar pra ele que estava acontecendo isso, isso e isso e rapidinho ele resolvia” (P8).

A participante P6 argumentou que o atendimento oferecido pelo serviço especializado melhorava a sua qualidade de vida: “eu gostei muito, sempre que a gente ia no HC, a gente ia embora mais feliz” (P6).

Outras participantes, como P3, P4, P6 e P7, revelaram sua satisfação com o atendimento especializado oferecido aos seus filhos e não forneceram sugestões quanto à assistência recebida. As demais participantes mostraram-se satisfeitas com o atendimento oferecido pelo serviço de saúde, mas fizeram sugestões: o fornecimento de informação correta, a redução das orientações ao que é estritamente importante, a manutenção de reuniões explicativas aos pais de crianças com mielomeningocele, a implementação de

acompanhamento psicológico as mães e a agilidade na forma de recebimento de materiais necessários e de uso contínuo pelo sistema de saúde: “me ajudando, só falando verdade e o que eu tenho que fazer” (P1), [...] é muita coisa e aí nem dá tempo de fazer”(P2), “[...] tinha aquelas reuniões que ele falava trocar receita de bolo” (P8), “minha opinião quando a mãe descobre que o filho vai vim com problema daí essa mãe tinha que ser psicologicamente tratada” (P8), “[...] até 2 anos atrás, eu ia lá e ficava esperando 3 horas, é complicado essas coisas pra gente” (P8).

O tratamento da criança com mielomeningocele deve ser realizado por equipe multiprofissional, composta por médico, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e nutricionista.²⁹ A atenção às repercussões psicológicas e sociais que a doença crônica pode acarretar a criança e sua família se faz necessária.²⁷ Os profissionais têm o papel de intercambiar os conhecimentos de suas especialidades, com o intuito de realizar ação terapêutica, clínica ou educativa integrada. Essa ação deve envolver não apenas a atenção à criança que possui mielomeningocele, mas também à sua família, que acaba sofrendo estresse tanto pela condição apresentada pela criança quanto pela necessidade de peregrinar por diferentes locais em busca de atendimento e tratamento ao seu filho. A efetividade e sucesso da parceria colaborativa entre profissionais e familiares da criança com deficiência deve ter como características

essenciais o respeito mútuo, comunicação, confiança, participação, amabilidade, sinceridade, seriedade e imparcialidade.³⁰

CONCLUSÕES

As rotinas de vida das mães de crianças com mielomeningocele envolvem intensa jornada de atividades relativas aos cuidados necessários para manter a saúde de seus filhos. Contudo, a tentativa de preservação da saúde da criança com mielomeningocele tem trazido repercussões na qualidade de vida de suas mães nos componentes: vitalidade, saúde mental e emocional. Os resultados reforçam que a equipe multidisciplinar deve ampliar o atendimento à criança com mielomeningocele e à sua família, especialmente, às mães. Esse atendimento precisa ser de caráter tanto informacional quanto emocional, pois além de propiciar todas as orientações sobre como cuidar da criança com mielomeningocele deve, também, disponibilizar espaço que permita às mães expressarem as suas angústias e sofrimentos, decorrentes do desgaste físico e emocional gerado pelo exercício da intensa tarefa de cuidar do seu filho. Essas mães também necessitam receber apoio emocional, para que possam aprender a identificar e lidar com as situações que lhe geram estresse, buscando estratégias para o seu enfrentamento e minimização do impacto sobre o seu organismo. A equipe multidisciplinar deve, também, buscar o

máximo de independência funcional da criança com mielomeningocele, visando a sua reabilitação e a melhora da sua qualidade de vida e a diminuição da necessidade de cuidados.

Ressalta-se que, se a unidade familiar estiver bem estruturada, as consequências negativas sobre o desenvolvimento e comportamento das crianças com mielomeningocele podem ser minimizadas. A reestruturação da dinâmica familiar deve envolver a participação de todos os seus membros, que poderão contribuir para a melhora da saúde física, emocional e social da criança, do casal e dos irmãos.

A avaliação da qualidade de vida foi investigada por meio da aplicação do SF-36, que é instrumento genérico. Assim, há a necessidade de elaborar questionários com perguntas mais específicas sobre a saúde dos cuidadores de crianças com deficiência. Outros estudos também devem ser conduzidos no sentido de levantar informações sobre a qualidade de vida dos demais membros da família de crianças com mielomeningocele e da sua dinâmica.

REFERÊNCIAS

- 1 Collange LA, Franco RC, Esteves RN, Collange NZ. Desempenho funcional de crianças com mielomeningocele. *Fisioter Pesq*. 2008;15(1):58-63.
- 2 Cronemberger MF, Tabuse MKU, Aguilar LT, Costa MF, Ferraretto I. Achados oculares em pacientes com mielomeningocele: 72 casos. *Arq Bras Oftalmol*. 2000;63(5):379-82.
- 3 Ulsenheimer MMM, Antoniuk SA, Santos LHC, Ceccatto MP, Silveira AE, Ruiz AP et al. Myelomeningocele: a brazilian university hospital experience. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(4):963-8.
- 4 Coor, CA, Coor, DM. Desenvolvendo uma filosofia de cuidados. In: Downie PA (Org.). *Neurologia para fisioterapeutas – CASH*. São Paulo: Panamericana; 1987. p.15-21.
- 5 Santos SV. A Família da criança com doença crônica: abordagem de algumas características. *Aná Psicológica*. 1998;1:65-75.
- 6 Matsukura TS, Marturano EM., Oishi J, Borasche GR. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev Bras Educ Espec*. 2007;13(3):415-28.
- 7 Moura RCR, Fontes SV, Ida FS, Fukujima MM. Instrumentos de avaliação para a prática e pesquisa nas áreas da saúde. In: Fontes SV, Fukujima MM, Cardeal JO (Orgs.). *Fisioterapia neurofuncional: fundamentos para a prática*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 199-212.
- 8 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
- 9 Eker L, Tüzün EH. An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. *Disab Rehabil*. 2004;26(23):1354-9.
- 10 Padua L, Rendeli C, Rabini A, Girardi E, Tonali P, Salvaggio E. Health-related quality of life and disability in young patients with spina bífida. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83:1384-8.
- 11 Segal ES, Deatrick JA, Hagelgans NA. The determinants of successful self-catheterization programs in children with myelomeningoceles. *J Pediatr Nurs*. 1995;10(2):82-88.
- 12 Borzyskowski M, Cox A, Edwards, M, Owen, A. Neuropathic bladder and intermittent catheterization: social and psychological impact on families. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46:160-7.
- 13 Furlan MFFM, Ferriani MGC, Gomes R. O cuidar de crianças portadoras de bexiga neurogênica: representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(6):736-70.
- 14 Fiamenghi Jr GA, Messa AA. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicol Cienc Prof*. 2007;27(2):236-45.
- 15 Nunes CC, Aiello ALR. Interação entre irmãos: deficiência mental, idade e apoio social da família. *Psicol Reflex Crit*. 2008;21(1):42-50.
- 16 Silva NLP, Dessen MA. Deficiência Mental e Família: Implicações para o desenvolvimento da criança. *Psic: Teor Pesq*. 2001;17(2):133-41.
- 17 Holm KE, Patterson JM, Rueter MA, Wamboldt F. Impact of uncertainty associated with a child's Chronic health condition on parents' health. *Fam Syst Health*. 2008;26(3):282-95.
- 18 Hemmingsson H, Stenhammar AM, Paulsson K. Sleep problems and the need for parental night-time attention in children with physical disabilities. *Child Care Health Dev*. 2008;35(1):89-95.
- 19 Lamônica DAC, Ferreira AT, Prado LM, Crenitte PAP. Desempenho psicolinguístico e escolar de irmãos com mielomeningocele. *Rev CEFAC*. 2012; 14(4):763-9.
- 20 Verhoel M, Barf HA, Post MWM, Van Asbeck FWA, Gooskens RHJM, Prevo, AJH. Functional independence among young adults with spina bifida, in relation to hydrocephalus and level of lesion. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48: 114-9.
- 21 Glenn S, Cunningham HP, Reeves D, Weindling M. Maternal parenting stress and its correlates in families with a young child with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*. 2008;35(1):71-8.
- 22 Mello HP, Considera, CM, Di Sabbato, A. Os afazeres domésticos contam. *Econ Soc*. 2007;16(3):435-54.
- 23 Almeida LS. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Rev Dep Psicol*. 2007;19(2):411-22.
- 24 Kazak AE, Clark MW. Stress in families of children with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol*. 1986;28:220-8.
- 25 Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). *Neurorehabil Neural Repair*. 2005;19(3):232-7.
- 26 Sullivan PB, Juszcak E, Bachlet AME, Thomas AG, Lambert B, Vernon-Roberts A et al. Impact of gastrostomy tube feeding on the quality of life of carers of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46:796-800.
- 27 Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol Reflex Crit*. 2002;15(3):625-35.
- 28 Vieira NGB, Mendes NC, Frota LMP, Frota MA. O cotidiano de mães com crianças portadoras de paralisia cerebral. *RBPS*. 2008;21(1):55-60.
- 29 Didelot WP. Current concepts in myelomeningocele. *Curr Opin Orthop*. 2003;14:398-402.
- 30 Silva AM, Mendes EG. Família de crianças com deficiência e profissionais: componentes da parceria colaborativa na escola. *Rev Bras Educ Espec*. 2008;14(2): 217-34.

SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA AO ESTAGIAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Feelings experienced by academics of physical therapy to internship in intensive care unit

Arlete Ana Motter

Doutora em Engenharia de Produção/ Ergonomia. Professora Adjunto da Universidade Federal do Paraná.

Endereço de contato:

Arlete Ana Motter
Rua João Todeschini, 209. Casa 05. Bairro Santa Felicidade. Curitiba/Paraná. CEP: 82320-180.
E-mail: arlete.motter@uol.com.br

Luiz Arilton Vieira

Psicólogo Técnico da Universidade Federal do Paraná.

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar os sentimentos vivenciados por acadêmicos do Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral, durante o período de realização do estágio curricular em UTI adulto ou pediátrica do Hospital de Clínicas (HC). Metodologia: Estudo qualitativo, no qual participaram 12 estudantes de ambos os sexos, do 7º ou 8º períodos do curso, os quais foram entrevistados individualmente na segunda ou terceira semana de estágio na UTI adulto ou pediátrica do hospital escola. Desenvolveu-se de dezembro de 2009 a junho de 2010 em Curitiba – PR. O instrumento de coleta de dados foi composto por uma entrevista estruturada, elaborada pelos pesquisadores, contendo 10 perguntas (6 abertas e 4 objetivas). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o

Izabela Pichinin Bertola

Fisioterapeuta formada pela Universidade Federal do Paraná - Litoral

Manoela de Paula Ferreira

Fisioterapeuta formada pela Universidade Federal do Paraná - Litoral

número: 845.180.09.11. Resultados: os alunos que realizaram estágio na UTI pediátrica demonstraram maior abalo emocional quando comparados aos estagiários da UTI adulto. Evidenciou-se, entre eles, elevado nível de ansiedade, sensações de medo, insegurança, sentimentos esperados para esse período, mas também entusiasmo, afeto e responsabilidade. Conclui-se que os alunos do Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral estão sendo preparados adequadamente para o atendimento a pacientes de alta complexidade.

Palavras-chave: Fisioterapia. Estágio. Unidade de Terapia Intensiva.

Abstract

The purpose of this study was to analyze the feelings experienced by students of the Physiotherapy course from UFPR-Coast Sector, during the period of the internship in adult or pediatric ICU of the Clinical Hospital (CH). Methodology: Qualitative study, in which participated 12 students from both sexes, from the seventh or eighth period of the course, which were individually interviewed in the second or third week of internship in adult or pediatric ICU of the School Hospital. It was developed from December 2009 to June 2010 in Curitiba – PR. The data collection instrument consisted of a structured interview prepared by the researchers, which contained 10 questions (6 open and 4 objectives). Research was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Sector of UFPR under number: 845.180.09.11. Results: students who were training in the pediatric ICU showed greater emotional shock when compared to the adult ICU trainees. There was a high level of anxiety among trainees, feelings of fear,

insecurity, but also enthusiasm, affection and responsibility. We concluded that students of the physiotherapy course of UFPR-Coast are being prepared adequately for the care of patients of high complexity.

Keywords: Physiotherapy. Internship. Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

A Universidade Federal do Paraná (UFPR), a partir de 2005, tem ofertado o Curso de Fisioterapia no Setor Litoral com uma proposta pedagógica inovadora focada no protagonismo do aluno, norteadada pelo conhecimento científico dos professores da área, baseada em projetos de aprendizagem e formação humanizada desde o início do curso.¹ Em 2009, iniciou-se uma pesquisa com o objetivo de analisar os sentimentos vivenciados pelos acadêmicos de Fisioterapia da UFPR-Litoral ao realizar atendimentos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto ou pediátrica do Hospital de Clínicas (HC) no decorrer do estágio curricular em alta complexidade. A intenção era de favorecer a compreensão dos resultados dessa proposta inovadora em relação à preparação dos acadêmicos para o mercado de trabalho em Fisioterapia, principalmente ao paciente crítico, nos diferentes ciclos da vida.

Tal pesquisa inspirou-se no estudo de Salomé e Espósito,² pois tal qual o enfermeiro, o fisioterapeuta, no seu processo de formação acadêmica, deve passar obrigatoriamente pelo ensino teórico e pelo saber fazer (vivências

práticas), que somente serão possíveis nos campos de estágio. Além de ter a meta do treino prático, o estágio é um espaço pedagógico de formação profissional que permite a interligação entre a formação teórica e científica com as situações do cotidiano.

Para o atendimento a pacientes críticos, surgiram as UTI, ou Centros de Terapia Intensiva (CTI), que se constituem em unidades hospitalares com infraestrutura especializada que dispõem de assistência à saúde ininterruptamente, com equipamentos específicos, recursos humanos qualificados e acesso a outras tecnologias diagnósticas e terapêuticas,³ além de necessitar de um preparo emocional para a atenção interpessoal em situações críticas.⁴ Nesse ambiente, um dos grandes desafios dos docentes é ensinar os alunos a prestar uma assistência individualizada, sistematizada e humanizada. Desse modo, é possível minimizar sentimentos de medo, angústia, ansiedade e baixa autoestima.² Esses sentimentos podem ser causados pela tecnologia dos equipamentos, diversidade de monitoramentos, odores, dores, edemas, idade do paciente, entre outros.

A assistência em terapia intensiva é considerada como uma das mais complexas do sistema de saúde, pois os pacientes mais graves das unidades hospitalares são alocados nela, demandando o uso inevitável de tecnologias avançadas e, principalmente, exigindo pessoal capacitado para tomada de decisões rápidas e adoção de condutas imediatas.⁵

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é o maior hospital público do estado e um dos 5 maiores hospitais universitários do País. O CTI adulto conta hoje com 14 leitos de internação, com box individual, e a UTI pediátrica possui 6 leitos e recebe pacientes a partir de 28 dias de vida até os 14 anos de idade. Seu corpo de funcionários é formado por profissionais pertencentes ao quadro de servidores da UFPR e por profissionais em regime de CLT, contratados pela Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR). Sendo um hospital escola, o HC recebe estagiários e residentes de diversos cursos da UFPR, entre eles os acadêmicos do Curso de Fisioterapia do Setor Litoral.

A fisioterapia compõe o quadro multidisciplinar das UTI. Sua atuação é extensa, atingindo vários momentos do tratamento intensivo, envolvendo desde o atendimento aos pacientes de alto risco até assistência ao pós-operatório para evitar complicações cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas.⁶ Por esses motivos, os profissionais e estagiários de Fisioterapia estão suscetíveis a várias pressões emocionais que exigem deles um maior domínio das terapias aplicadas aos pacientes acamados.

A fisioterapia vem se destacando nos últimos anos como uma área de grande crescimento, e a formação de um profissional qualificado tem sido motivo de preocupação em Instituições de Ensino Superior do Brasil. Não poderia ser diferente na UFPR-Litoral, onde uma das preocupações, assim como Blascovi-Assis e Peixoto⁷ e Salmória e

Camargo⁸, tem sido aumentar as chances de inserção do futuro profissional fisioterapeuta no mercado de trabalho, e assim, oferecer aos alunos condições adequadas que lhes possibilitem concorrer a vagas existentes na área e apresentar pontos diferenciais que lhes garantam um perfil mais completo, preparados para trabalhar em qualquer campo da Fisioterapia. Nesse sentido, pretende-se formar um profissional que, além das habilidades e competências técnicas inerentes à profissão, também preste atendimento com afetividade, responsabilidade, respeito ao paciente e aos familiares durante todo o período de hospitalização.

Do ponto de vista psicológico, portanto, é necessário criar condições para que o aluno possa ser ouvido e compreendido, ao falar de seus sentimentos em relação a si mesmo e em relação ao paciente; é importante que ele perceba seus erros técnicos, mas também seus acertos, já que estes últimos serão elemento fundamental na constituição de sua identidade profissional. Há ainda o fato de saber de prognósticos desfavoráveis, o medo de contrair infecções e outras doenças, o contato com a intimidade corporal e emocional dos pacientes.⁹

Reconhecer as dificuldades e as emoções vivenciadas pelos acadêmicos de Fisioterapia quando passam pelo período de estágio em UTI é de fundamental importância para que se possam estudar formas de amenizar esse momento que é difícil para a maioria dos estudantes. Também será possível prevenir sobrecarga emocional

sem causar prejuízo no desempenho, no que diz respeito ao cuidado em saúde.¹⁰

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que incorpora a subjetividade do ser humano, buscando analisar os sentimentos vivenciados por acadêmicos do Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral, durante o período de realização do estágio curricular em UTI adulto ou pediátrica do HC.

Participaram acadêmicos em estágio no HC da UFPR, centro de referência no atendimento à pacientes de média e alta complexidade, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo foi iniciado após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR, sob o número: 845.180.09.11. Desenvolveu-se de dezembro de 2009 a junho de 2010, em Curitiba/PR. Participaram 12 estudantes de ambos os sexos (2 homens e 10 mulheres), de um total de 20 alunos que cursavam o 7º ou o 8º período do Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral e que na ocasião cumpriam estágio curricular na UTI adulto ou pediátrica do HC. Os participantes pertenciam à segunda turma de formandos do curso. As idades dos sujeitos do estudo variaram entre 21 e 26 anos.

O estágio curricular na UTI adulto e pediátrica do HC tinha duração de 1 mês: durante esse período, geralmente na segunda ou terceira semana de estágio, cada aluno era convidado

pessoalmente pelas pesquisadoras a participar do estudo. Foram entrevistados individualmente, sempre pela mesma pesquisadora da equipe, em sala reservada da biblioteca do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, o material era digitado para favorecer a análise dos resultados.

Utilizou-se entrevista estruturada especialmente elaborada para este estudo, a qual continha 10 questões (6 abertas e 4 objetivas), que foram registradas de forma manuscrita pelos próprios pesquisadores e tinham duração aproximada de 30 minutos. A entrevista contemplava as seguintes questões:

- 1- Você já tinha estado em UTI antes do estágio?
- 2- Quais pensamentos você tem em relação à sua permanência na UTI, quando está se dirigindo para o seu trabalho nesse local?
- 3- Considerando uma escala de 0 a 10, sendo (0) “nada” e (10) “muita”, como você avalia seu nível de ansiedade ao adentrar no hospital, sendo dirigido para a UTI?
- 4- Quando está diante de um paciente, quais são os seus primeiros pensamentos? Como se sente?
- 5- Quando está diante do seu paciente, você sabe o que e como fazer?
- 6- Qual a sua expectativa em

relação ao tratamento que está desenvolvendo com os pacientes da UTI?

- 7- Você acredita ter sido preparado adequadamente para exercer seu trabalho na UTI?
- 8- Você experimenta ou já experimentou alguma fragilidade emocional para realizar algum atendimento?
- 9- Você se sente amparado e/ou apoiado pelos outros profissionais ou professores nesse seu trabalho?
- 10- Como você se sente ao sair do seu estágio na UTI, depois de um dia de trabalho? E o que pensa em relação ao seu retorno no próximo dia?

Utilizou-se a sigla E para os entrevistados, sendo que E1, E2, E9 e E12 realizaram estágio na UTI adulto; e de E3 a E8, E10 e E11 realizaram estágio na UTI pediátrica. Para análise dos resultados, utilizou-se análise temática, baseada em Gibbs.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se às entrevistas de 12 participantes do estudo, de um universo de 20 alunos. Todos os participantes eram estudantes do Curso de Fisioterapia da UFPR, do 7º ou 8º períodos, e na ocasião realizavam estágio curricular no hospital escola da universidade. Vale ressaltar que havia uma restrição das próprias UTI quanto à quantidade de estagiários

simultâneos, desse modo, somente recebiam um aluno de cada vez, sendo necessário dividi-los em dois grupos: um que passaria pela UTI adulto e outro que passaria pela UTI pediátrica. Como a UTI pediátrica recebia um aluno em cada período, no total, nela passaram 8 alunos e na UTI adulto 4 alunos. A amostra era composta por sujeitos de ambos os sexos, 2 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A idade mínima dos sujeitos era 21 anos e a idade máxima era de 26 anos.

A pesquisa mostrou que a maioria dos entrevistados havia tido algum contato com UTI antes da realização do estágio. Apenas 1 dos 11 estagiários relatou nunca ter estado em UTI. Entre os demais, 3 tiveram o primeiro contato a partir de situações pessoais ou familiares e 7 por meio de visitas técnicas promovidas pela própria universidade.

A partir da descrição dos pensamentos em relação à permanência na UTI, evidenciou-se um elevado nível de ansiedade entre os estagiários, sensações de medo, insegurança e entusiasmo, mas também o compromisso com os resultados fez parte dos seus relatos:

Na primeira semana foi difícil. As horas demoravam a passar... (E2).

[...] é difícil, pois exige saber com certeza o que temos que fazer (E3).

Tinha medo do que ia ver (E4).

Feliz em lembrar que as crianças ficavam muito melhor após a fisioterapia (E7).

Animador e estimulante ir para a UTI (E11).

[...] preocupação para não cometer erros (E12).

Mesmo para aqueles que são profissionais, as UTIs são consideradas como geradoras de estresse, pois levam à fadiga física e emocional, tensão e ansiedade. São considerados fontes de alto poder de estresse: o ambiente de crise, risco de vida, situação vida/morte, sobrecarga de trabalho, má utilização de habilidades médicas e a falta de reconhecimento pelos outros profissionais³.

Em resposta a uma escala tipo Lickert,¹² foi possível quantificar a ansiedade, sendo que manifestaram tanto sensações de ausência como de extrema ansiedade ao adentrar ao hospital e se dirigir para a UTI.

Em relação aos pensamentos e sentimentos durante a prática com os pacientes, surgem sensações de impotência, dúvida, insegurança, considerados próprios para a fase de formação em que se encontram. Por outro lado, observam-se principalmente sentimentos éticos e humanos quando relatam empatia, envolvimento, afeto, satisfação, responsabilidade e compromisso com os resultados, notadamente maior quando se tratava de assistência a crianças, conforme relatos a seguir:

Ele está sedado ou acordado? [...] sabe

que estou presente para ajudá-lo (E2)?

Tento entender a situação do paciente (E5).

Sinto que quero fazer bem para a criança [...] (E6).

Fico muito triste em ver o paciente em estado terminal (E7).

Me sinto responsável por providenciar uma melhor qualidade de vida dentro dos padrões clínicos [...] (E8).

Sinto que devo atuar com calma, paciência e responsabilidade... (E9).

Sinto-me bem e feliz por fazer uma intervenção para o bem do paciente (E11).

Os dados encontrados corroboram a descrição da literatura consultada, nas quais os autores relatam que o profissional da saúde deve ser capaz de ajudar quem de alguma forma tem uma dor, um gemido, uma insegurança, uma queixa que muitas vezes é difícil de solucionar. Essa constante busca de soluções pode ser motivo de sobrecarga emocional nos profissionais de saúde¹⁰. A atuação profissional na UTI é permeada por diversos sentimentos e emoções que exigem capacitação técnico-científica e preparo para lidar com a dor e o sofrimento.¹³

Em relação às expectativas quanto ao tratamento desenvolvido junto aos pacientes, observou-se que os estagiários estavam conscientes das suas responsabilidades e que apresentavam preocupação e otimismo em relação ao desempenho das suas funções.

Boa, mas poderia ter mais segurança e habilidade nas técnicas (E1).

Obter os resultados, sei que eles muitas vezes não vêm de imediato, mas com o passar dos dias eles aparecem (E2).

Salvar a maioria possível, um trabalho mal feito pode ter sérias complicações. Promover um bom trabalho, para evoluir para um melhor quadro (E5).

[...] que os pacientes melhorem e que as manobras tragam benefícios para que eles saiam logo da UTI (E11).

[...] sempre proporcionar melhora com os objetivos fisioterapêuticos (E12).

Na questão que solicitava a opinião dos estagiários quanto a sua preparação pedagógica para o trabalho em UTI, os alunos manifestaram suas dificuldades em relação a certos conteúdos específicos e também em relação ao uso de tecnologias avançadas, principalmente referente à ventilação mecânica.

Faltaram fundamentos anatomofisiológicos, fisiopatologias, fundamentos cardiopulmonar e questões emocionais (E1).

Falta de conhecimento dos equipamentos, tanto da fisioterapia, como dos equipamentos que permanecem conectados ao paciente (E2).

Faltou teoria com relação à clínica do paciente [...] (E3).

Nesse sentido, o projeto político e pedagógico do Curso de Fisioterapia

da UFPR (PPC) prevê um processo ensino-aprendizagem no qual o docente desempenha o papel de mediador do conhecimento, e nessa perspectiva o aluno deixa a posição passiva de mero receptor do conhecimento para desempenhar um papel emancipatório, no qual terá que ser proativo, criativo, inovador e, assim, cada um pode construir seu próprio conhecimento¹. O progresso da aprendizagem depende do trabalho do estudante, pelo que é esperado que se prepare previamente e posteriormente a cada atendimento nos campos de estágio. De acordo com Masetto,¹⁴ o aprendizado tende a acontecer quando a experiência vivida for significativa para o aluno.

É interessante observar que ao serem questionados se sabiam o que fazer e como proceder quando estavam diante dos pacientes, todos os participantes responderam positivamente, apesar das dificuldades relatadas quanto à preparação pedagógica. Alguns acrescentaram que às vezes ainda solicitavam auxílio da supervisora, e um ressaltou que no início não se sentia preparado.

Ainda sobre a formação pedagógica, verificou-se considerações de valorização da atividade de estágio como fonte de aprendizado e de preparação para a profissão. Um dos estudantes disse ter sido preparado adequadamente para os atendimentos de UTI e lembrou que já havia tido contato com outro estágio e que essa atividade anterior contribuiu para sua atuação no hospital. Observação

muito pertinente, pois durante o 6º período do curso, os estudantes de Fisioterapia da UFPR realizam estágio de alta complexidade, no próprio HC, nos seguintes setores: Unidade Semi-Intensiva, Serviço de Emergência Pediátrica, enfermarias de ortopedia e neurologia. Nesses locais, têm a oportunidade prática de avaliar e tratar pacientes com diferentes patologias, de variadas faixas etárias, em assistência ventilatória ou não, situações que serão comuns nos estágios do último ano. Além disso, têm a noção da rotina hospitalar e oportunidade de relacionamento multiprofissional.

O estágio supervisionado tem fundamental importância na promoção de vivências e experiências relacionadas à atuação profissional,¹⁵ dessa forma, os acadêmicos precisam conhecer todas as instâncias de sua futura atuação para compreender a realidade do mercado de trabalho e as implicações emocionais e técnicas que ele exigirá.

A partir da questão que investigou entre os estudantes a experimentação de fragilidade emocional durante algum atendimento, identificou-se uma grande dificuldade de lidar com a morte e com o sofrimento humano, especialmente tratando-se de crianças. Foi possível observar que o aspecto emocional influenciou 9 dos 12 entrevistados. Os relatos de abalo emocional tinham principalmente correlação em experiências com morte ou no contato com crianças em sofrimento e com risco de morte.

[...] na primeira semana, por ter tido uma tia que faleceu de câncer e encontrar pessoas semelhantes a ela na UTI (E1).

Vi uma criança falecendo [...] (E3).

Vi um menino que teve uma parada cardíaca [...] indo a óbito. Na universidade é falado pouco sobre a morte, que é algo que iremos enfrentar em nossa profissão (E4).

[...] o paciente teve uma parada cardiorrespiratória em minha mão. Foi um susto, era um bebê de 10 meses (E5).

[...] após o óbito de um paciente do setor de oncologia da pediatria [...] fiquei muito abalada e triste [...] (E7).

[...] é difícil ver a situação da criança tão nova sofrendo [...] (E11).

Esses relatos confirmam o que foi constatado por Marques, Oliveira e Marães¹⁶: apesar do profissional de saúde ter uma experiência mais próxima com a morte, especialmente no contexto hospitalar, o confronto com ela frequentemente desperta sentimentos conflitantes de fracasso e impotência. Isso porque, durante a formação, sentem-se compromissados com a vida, e é para a conservação desta que são preparados. Sua formação acadêmica se baseia na cura, e neste tópico encontram gratificação e realização profissional. Assim, quando tentam lidar com a morte, sentem-se despreparados, sendo que quanto mais jovem o paciente, maior a sensibilidade com que o profissional vivencia sua morte. Provavelmente os profissionais

que possuem maior experiência estejam mais preparados para lidar com o processo de morte. Aqueles profissionais que se deparam constantemente com o sofrimento, a morte e o processo de morrer podem construir estratégias de defesa para enfrentamento de reações depressivas.¹⁷

Nos relatos dos alunos, chama a atenção a sensação de impotência quando se trata da assistência a crianças, o que pode, de certo modo, ser compreendido, pois os recém-nascidos, quando internados, demonstram a dor através de alterações comportamentais (choro, expressão facial, contrações musculares) e fisiológicas, sendo estas percebidas pela maioria dos profissionais.¹⁸ A introdução de atividade lúdica pode amenizar essa situação, pois promove fatores significativos para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo da criança, proporcionando um tratamento humanizado.¹⁹

A supervisão de estágio de 7º e 8º períodos do Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral pode contemplar a participação de fisioterapeutas parceiros institucionais. Assim, no HC, cada campo de estágio tem um fisioterapeuta como preceptor orientador do local de estágio, que faz a supervisão direta, e um docente do curso, que faz a supervisão semidireta, ou seja, acompanhamento via relatórios, reuniões, visitas programadas aos campos de estágio. Entretanto, nesta pesquisa foi possível observar que os estagiários se sentem amparados pelos preceptores das UTIs,

mas sentem necessidade de um contato maior docente/discente.

Todos respeitam a presença dos estagiários no local. Sobre os professores do litoral ainda não constatei nenhum, mas acredito que eles auxiliarão no que puderem (E2).

Sim pelos profissionais de lá, não pelos professores [...] acredito que deveria ter um professor nosso lá (E3).

[...] faltou um contato maior com os professores (E5).

[...] os profissionais entendem as dificuldades dos alunos e trabalham para que eles saiam profissionais melhores (E6).

[...] me sentia muito amparada pela equipe e supervisoras da UTI (E7).

Apesar da modalidade supervisão semidireta estar prevista no PPC do Curso de Fisioterapia, pretende-se aumentar o quadro funcional docente, a fim de garantir a presença mais frequente do professor no ambiente hospitalar. Desse modo, a coordenação do curso, a direção do Setor e da universidade têm unido esforços para ampliar esse quadro funcional. Apesar dessa dificuldade, grande parte daquilo que o Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral se propõe vem se cumprindo, pois os estagiários, formandos de um curso recente, manifestaram entusiasmo, disponibilidade e sensações de preocupação e comprometimento em voltarem para atender no dia seguinte, o que conduz a ideia de prestar a assistência ao indivíduo criticamente

doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual:

[...] vontade de voltar e atender os pacientes (E1).

[...] espero perceber melhora do paciente e até não encontrá-lo no local por motivo de alta médica (E2).

Será que amanhã a menina vai estar bem (E5)?

Saí com a cabeça cheia de preocupação... medo de chegar no dia seguinte e ter acontecido alguma intercorrência com os bebês (E6).

Meu pensamento para o dia seguinte é dar prosseguimento com os atendimentos dos meus pacientes para que eles evoluam da melhor maneira possível (E9).

O envolvimento emocional com os pacientes e com os familiares é considerado um pré-requisito essencial para humanizar os atendimentos na área da saúde.³

Pode-se considerar que os alunos do Curso de Fisioterapia da UFPR estão sendo preparados adequadamente para o mercado de trabalho, tendo em vista a empregabilidade dos egressos: vários deles sendo aprovados em residência multiprofissional, programa de pós-graduação *lato senso* e *stricto senso*, aprovações em concursos públicos, entre outros.

CONCLUSÕES

Não se evidenciou desempenho diferenciado entre o estagiário que nunca havia estado na UTI e os demais. Não houve diferença na forma de responder entre homens e mulheres. Foram comuns sentimentos de medo, insegurança, dúvidas, impotência e também envolvimento, empatia, afetividade e entusiasmo.

Os estagiários que realizaram atividades na UTI pediátrica apresentaram maior sensibilidade emocional do que aqueles que estagiaram na UTI adulto: *“primeiro a avaliação do sofrimento da criança”*; *“pensava em quantas crianças estavam internadas”*. Embora manifestassem dificuldades em relação ao preparo pedagógico, apresentavam sinais de

comprometimento com os resultados, e a maioria declarou que sabia o que fazer e como proceder quando estava diante de um paciente de UTI. Revelaram grande dificuldade em lidar com o sofrimento e a morte, apontando para a necessidade de que sejam melhor preparados psicologicamente para atender ao paciente crítico.

Relatos de alunos formandos da segunda turma do Curso de Fisioterapia da UFPR-Litoral forneceram dados significativos para o aprimoramento do processo ensino-aprendizagem no atendimento ao paciente crítico. A maioria dos egressos dessa e de outras turmas já estão inseridos no mercado de trabalho, e o curso recebeu ótima pontuação dos avaliadores do Ministério da Educação, quando do reconhecimento do curso em 2010.

REFERÊNCIAS

1. Signorelli MC, Israel VL, Corrêa CL, Motter AA, Takeda SYM, GOMES ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioter Mov.* 2010; 23(2): 331-40.
2. Salomé GM, Espósito VHC. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2008; 61(6): 822-7.
3. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev LatinoAm Enfermagem* 2002; 10(2):137-44.
4. Pinho LB, Santos SMA. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enferm* 2007; 12(3)
5. Inoue CK, Matsuda LM, Petry, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Brasileira de Enferm* 2008; 61 (2): 209-14.
6. Jerre G. et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2007; 19(3)
7. Blascovi-Assis SM, Peixoto BO. A visão dos pacientes no atendimento de fisioterapia: dados para traçar um novo perfil profissional. *Fisioterapia em Movimento* 2002; 15(1): 61-67.

8. Salmória, J. G. e Camargo, W. A. Uma aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos aspectos humanos e sociais. *Saúde Soc.* São Paulo 2008; 17(1): 73–84.
9. Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
10. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o Burnout. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5(3), 2005.
11. Gibbs, G. Análise de dados qualitativos.. Porto Alegre: Artmed, 2009. Tradução Ricardo Cataldo Costa
12. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology.* 1932; 140: 1-55.
13. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(2).
14. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003.
15. Fujisawa DS, Manzini EJ. Formação acadêmica do fisioterapeuta: a utilização das atividades lúdicas nos atendimentos de crianças. *Rev. Bras. Ed. Esp.* 2006; 12(1): 65-84.
16. Marques AF, Oliveira DN, Marães VRFS. O fisioterapeuta e a morte do paciente no contexto hospitalar: uma abordagem fenomenológica. *Revista Neurociencias* 2006; 14(2): 17-22.
17. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital escola. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2002; 36(2): 148–155.
18. Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2): 263-70.
19. Frota MA, Gurgel AA, Pinheiro MCD, Martins MC, Tavares TANR. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Cogitare Enferm* 2007; 12(1): 69-75.

METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR: UMA EXPERIÊNCIA NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM FISIOTERAPIA

Methodology of higher education: an experience in post- graduation courses in physiotherapy

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Doutora, Docente do Curso Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria

Maria Saleti Lock Vogt

Doutora, Docente do Curso Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria

Ana Fátima Viero Badaró

Doutora, Docente do Curso Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria

Endereço para contato:

Hedioneia Maria Foletto Pivetta,
Rua Recanto Verde, nº. 05.
Loteamento Behr, Bairro
Camobi, Santa Maria, RS
CEP 97.105-604
E-mail: hedioneia@yahoo.com.
br

Resumo

A educação superior vem ganhando especial importância, das distintas áreas de conhecimento, à medida que se tem mostrado uma escolha profissional tanto para licenciados como para bacharéis. O relato desta experiência tem o propósito de descrever as etapas que constituíram o desenvolvimento da disciplina de Metodologia do Ensino Superior, Curso de Pós-Graduação em Reabilitação Físico-Motora, *Lato-Sensu*. A partir do projeto político pedagógico do curso, da revisão da literatura e das observações dos docentes, buscou-se descrever cada etapa realizada na disciplina. Inicialmente, descreve-se brevemente o cenário da experiência e, na sequência, aborda-se a organização, o desenvolvimento e os resultados obtidos, pautados nos referenciais teóricos da área de conhecimento. A disciplina foi organizada a partir de três eixos orientadores: metodologias de ensino aprendizagem; avaliação do processo de ensino-aprendizagem e prática de docência orientada. Como potencialidade da experiência realizada, sinaliza-se a aprendizagem adquirida na mutualidade professor-aluno, em uma perspectiva da reconstrução do conhecimento em detrimento da reprodução.

Considera-se que a docência superior se constrói e se consolida no espaço da sala de aula, na interação entre pares, na relação dinâmica e dialógica, em que iniciativas dessa natureza constituem-se em estratégias valiosas na formação de profissionais da saúde.

Palavras-chave: Educação Superior. Fisioterapia. Metodologia.

Abstract

Higher education has been acquiring special importance from the different areas of knowledge as it has proven to be a career choice, both for graduates and degree courses. The reporting of this experience aims to describe the steps that constitute the development of the class Methodology of Higher Education in Post-Graduation in Physical Rehabilitation Motor, *Lato Sensu*. From the political pedagogical project of the course, the literature review and the observations of teachers, we sought to delineate each step performed in the class. First, describing briefly the scene of experience and, then, approaching organization, development and results, guided by theoretical frameworks in the area of knowledge. The discipline was organized from three guiding principles: Teaching-learning methodologies; evaluation of the teaching-learning process; and oriented teaching practice. As a potentiality of the experience performed, it is signaled the learning gained in the mutual teacher-student relation, in a perspective of knowledge reconstruction at the expense of reproduction. It is considered that the higher teaching is built and consolidated in the classroom space, in interaction in pairs, in dynamic and dialogical relationship, in which such initiatives are valuable training strategies for health professionals.

Keywords: Higher Education. Physiotherapy. Methodology.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Exercer a docência superior como profissão requer considerar os pressupostos da pedagogia universitária que contemplam desde as questões operacionais do ensino às questões relacionais que envolvem a ética e a estética dessa educação. Apesar disso, ainda é sutil a preocupação dos profissionais da área da saúde, com as questões inerentes ao ensinar e aprender, uma vez que, o maior enfoque deste ofício é voltado às questões do conhecimento específico e da pesquisa científica.

Os profissionais com experiência docente, apesar de possuírem anos de experiência nesta atividade em suas áreas específicas, apresentam o despreparo e, por muitas vezes, o desconhecimento científico sobre o que realmente constitui o processo de ensino-aprendizagem.¹ A experiência por si só não é formativa. Somente passará a ser no momento em que o professor buscar a reflexão e, por meio dessa, criar outros saberes e fazeres, ou seja, trabalhar a realidade em que está inserido, além da sua própria transformação. Assim, o valor formativo construir-se-á conforme possibilitar responder a situações ainda não vivenciadas, geradoras de incerteza e imprecisão.²

John Dewey³ compreende a experiência como um conhecimento que envolve elementos ativos e passivos.

Ativos, tendo em vista que abarca tentativas, experimentos e mudanças. Passivos, quando em decorrência da vivência do experimentar, a pessoa sofre as consequências da mudança. A partir dessa premissa, o valor da experiência reside na percepção dessas relações e de sua continuidade, caracterizadas na reflexão e no discernimento entre o que se faz e o que se observa como suas consequências, por meio do raciocínio cuidadoso entre as condições existentes, as hipóteses levantadas e os procedimentos adotados.^{3,4}

Assim, pensar a docência superior eleva o debate sobre como os profissionais se tornam professores, ou seja, quais são os atributos necessários para desencadear processos relativos ao fazer do docente. Atributos estes agregados no decorrer da trajetória formativa da pessoa, à proporção que é colocado frente a novas oportunidades e desafios que despertem para essa possibilidade.

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, promulgadas em 2002 para os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional,⁵ houve importantes movimentos de superação do modelo hegemônico, na busca para agregar à formação técnica as questões das ciências humanas que envolvem a ética, as políticas sociais e de saúde, aliadas às ciências biotecnológicas. Entretanto, a graduação ainda não contempla os aspectos próprios do professor universitário, uma vez que seu propósito é a formação do profissional bacharel, com competências e habilidades técnicas específicas de

determinada profissão, apesar de manter em seu código de ética⁶ a habilitação ao exercício da docência superior.

O caminho da docência universitária consiste em possibilidades que vêm adquirindo crescente demanda junto ao campo de trabalho, com a expressiva expansão na ampliação das universidades brasileiras nos últimos anos, assim como a criação de novas Instituições. Essa situação se reflete fortemente nos cursos de graduação de fisioterapia, em que a oferta de novos cursos teve um crescimento considerável, visto que em 2008 já se observava o aumento em mais de dez vezes ao que se tinha em 1991.⁷

Com esse pensar, o Curso de Especialização em em Reabilitação Físico-Motora (CERFM) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), institui em seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC) a disciplina de Metodologia do Ensino Superior (MES), com o objetivo de apresentar ao profissional em processo de especialização, as possibilidades de trabalho na dimensão da docência universitária.

Diante do exposto, propõe-se apresentar a experiência desenvolvida para o ensino da disciplina de MES, no CERFM, por acreditar que este modelo de prática transcende o modelo tradicional do ensino *lato sensu*.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Cenário da Experiência

O CERFM constitui-se em proposta do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação do CCS – UFSM. Visa contemplar a necessidade em proporcionar espaços-lugares de formação continuada de profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. O curso está voltado para a qualificação em duas áreas de concentração, com suas respectivas linhas de pesquisas: Área 1- Fisioterapia Hospitalar; linha de pesquisa: *Abordagem Fisioterapêutica nos Distúrbios Cardiorespiratórios*; Área 2-Abordagem Integralizadora da Postura Corporal; linhas de pesquisas: *Estudos e Alterações da Postura Corporal nos Diferentes Ciclos da Vida e Reabilitação das desordens do Movimento Humano*.⁸

O Curso é ofertado para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Tem duração de 12 meses, com carga horária total de 405 horas distribuídas em 27 créditos, em que 10 deles são em disciplinas de núcleo de conhecimento comum, outros 14 créditos são em disciplinas de conhecimento específico, de acordo com as áreas de concentração, e os outros 3 créditos são destinados para as disciplinas de atividades práticas assistências.⁸

A programação curricular do curso busca, primeiramente, atualizar os profissionais quanto às abordagens contemporâneas das profissões tanto no que se refere aos modelos assistenciais

quanto ao envolvimento ético-científico para a pesquisa, a assistência e o ensino. Propõe, de forma interdisciplinar, atualizar e aprofundar o conhecimento científico, por meio da integração de disciplinas de conhecimento comum com as de conhecimentos específicos das áreas de concentração. Espera-se que o egresso desse curso avance em competência intelectual e técnica, acrescido ao componente ético e humanizador.⁸

Desse modo, essa especialização constitui-se em uma estratégia coerente e viável de aprimoramento profissional, para a geração e a disseminação do conhecimento específico à ação interdisciplinar.

A Disciplina Metodologia do Ensino Superior no CERFM

Entre as disciplinas do núcleo de conhecimento comum, encontra-se a MES, a qual versa estes escritos. Essa, tem caráter obrigatório, com carga horária de 30 horas-aula, ofertada no segundo semestre do Curso,⁸ em que são abordados aspectos da docência no ensino superior. Os princípios da prática pedagógica são relacionados com os conhecimentos da área da saúde. Os profissionais experienciam métodos e instrumentos para a atuação pedagógica reflexiva e transformadora, comprometidos com o desenvolvimento humano. Tem por pressuposto refletir sobre o panorama da educação superior no Brasil e as tendências educacionais contemporâneas, além de conjecturar

sobre a Política Nacional para a formação do profissional da saúde. Contempla, ainda, princípios teóricos metodológicos da docência superior na área da saúde, em que tanto os elementos técnicos como os relacionais, motivacionais e éticos reportam a implicação dos docentes neste ensino.

A articulação dessa disciplina na disposição curricular dos cursos favorece as ações criativas à medida que há envolvimento e implicação emocional dos professores no ato educativo, constituindo-se em forças impulsoras e criativas ao fazer a aula.⁹

Ao considerar a experiência vivenciada na disciplina de MES no CERFM, discorre-se sobre ela, visto que esta acenou para significativas contribuições à formação pessoal e profissional dos especializandos, dos docentes e dos orientadores.

Descrição da Experiência

A disciplina de MSE assume como premissa processos de ensino aprendizagem consoantes com o pensamento freireano em que o professor ensina e aprende no ato de ensinar¹⁰; assim, faz-se das próprias aulas o método de ensinar e aprender. A meta foi proporcionar a apropriação do conhecimento para além do repasse de informação. Para tanto, “é preciso reorganizar-se, superando o aprender que tem se resumido no processo de memorização, na direção de apreender”.^{1:13-14}

O planejamento das aulas contemplou aspectos que conduziram os especializados a integrarem-se como sujeitos ativos do processo. Assim, ao longo dessa construção, envolveram-se como corresponsáveis pela efetivação da proposta. Isso remete dizer que os métodos elencados levaram o aluno à vivência plena de estar professor do ensino superior. A disciplina como um todo constituiu o próprio método de pensar e fazer a docência superior, em que as relações interpessoais, a comunicação professor-aluno, as metodologias e os critérios de avaliação conduziram à efetivação da proposta como fora pensada.

Metodologias de Ensino Aprendizagem

O desenvolvimento dos conteúdos na disciplina foi pensado de modo a contemplar metodologias distintas a cada encontro, em que alguns momentos foram elencados a articulação de métodos como possibilidade de efetivação do fazer docente. A ideia foi incorporar cenários de prática problematizados com metodologias ativas, a fim de proporcionar vivências acadêmicas mediante distintas estratégias de ensinar e aprender. Concomitantemente a isso, diferentes experiências avaliativas foram propostas, conduzindo o aluno ao centro do processo, seja na dinâmica e trabalho de grupo, estudo dirigido, estudo de texto, seminário, solução de problemas, docência orientada ou aula expositiva dialogada.¹¹

Esse último método, ainda muito adotado, segundo Pimenta e Anastasiou¹, pode ser utilizado com propósito de desmistificar a relação vertical da docência, o que foi assumido, nesta experiência, como uma estratégia que enfatizou a participação ativa dos estudantes, tendo como referência os conhecimentos por eles já agregados. Para Demo,¹² esse tipo de aula pode ser utilizado, entretanto, predomina a aula reprodutiva, em que se expõem assuntos para outros escutarem. É muito útil em conferências, em que o objetivo não é a reconstrução e o aprendizado, mas a comunicação, a informação geral e genérica.

Embora as demais metodologias utilizadas em nossa experiência sejam bem conhecidas no meio universitário, convém destacar que em muitos momentos são de forma equivocada, com distorção do real sentido de sua proposta, não assumindo o compromisso central com a aprendizagem do aluno — o que denota o despreparo pedagógico do professor —, tornando-se um ambiente meramente instrucionalista.¹²

As metodologias foram vivenciadas, na prática, durante a efetivação da própria disciplina como uma possibilidade reconstrutiva e renovada. A opção metodológica foi construída gradativamente, de forma que se tornassem significativas e prazerosas, gerando relacionamentos que propiciaram a criticidade e criatividade dos discentes.¹¹

A partir disso, as aulas que abordaram especificamente as

estratégias de ensino-aprendizagem retomaram o vivido, sendo que essa ocasião se constituiu em momento dinâmico, reflexivo e de inter-relação docente-discente, uma vez que incorporou à sistematização das estratégias o planejamento, os objetivos, os pressupostos e a avaliação de cada uma delas, transcendendo a questão única do método em si, trazendo à centralidade a interação professor-aluno como produtos do processo.

A centralidade na interação professor-aluno é considerada como um projeto de docência inovadora e transformadora na medida em que “o professor abandona o lugar do sujeito que ensina, para assumir também o lugar de quem aprende mediando o processo”.¹³ Conforme Sonzogno,¹³ nessa dinâmica, o aluno desenvolve movimentos de busca e significação dos elementos trabalhados, delineando percursos, articulados com a prática, provocando e dirimindo novas dúvidas, o que fomenta a ação facilitadora do fazer docente.

Avaliação do Processo de Ensino-Aprendizagem

A avaliação destaca-se como estratégia de ensino-aprendizagem ao medir o que foi incorporado, em seus aspectos quantitativos e qualitativos, ao longo do processo. Acredita-se que ela pode se constituir em ferramenta de ensino-aprendizagem quando é pactuada com o discente e aciona comprometimento, mobilizando-o para

aprender. Os alunos, preocupados com a obtenção da nota, buscam corresponder às expectativas do professor, o que pode distanciá-lo da aprendizagem em si, bem como alterar a finalidade da avaliação¹⁴. Isso pressupõe uma nova relação entre o estabelecido com o conteúdo a ser ensinado, com o modo de fazer a aula e a participação dos alunos, o que requer a revisão e análise das concepções e nas práticas do processo de ensino-aprendizagem.¹⁴

A ideia central é despertar para a “inversão de rota pedagógica”, uma vez que articula teoria e prática paralelamente ao processo avaliativo dos estudantes.¹⁵ Essa lógica transpõe a linearidade em que são postos os conteúdos teóricos para, na sequência, desenvolver a prática, tradicionalmente trabalhados no ensino superior, em especial na área da saúde.

Mediante a exploração de diferentes abordagens, a avaliação acompanhou os conteúdos desenvolvidos, elencando-se como critérios: 1- Efetividade e participação, com avaliação do acadêmico em dinâmicas de trabalhos em grupo, estudo dirigido, estudo de texto, seminários; 2- Docência orientada, com a proposta da efetivação de uma aula (desde o planejamento até a execução), incorporando aspectos relativos à construção do plano de ensino, metodologia de ensino-aprendizagem e sistema de avaliação; 3- Autoavaliação discente, caracterizada como o momento final da experiência em que o especializando refletiu sobre seu processo de aprendizagem na disciplina.

Os critérios avaliativos utilizados foram ancorados na postura e comportamento acadêmico, assiduidade, pontualidade, cumprimento de tarefas extraclasse, participação das atividades em aula e a autoavaliação. Para cada critério utilizado, foi atribuído um quantitativo ponderado, dado a singularidade dos múltiplos aspectos considerados, que ao término da disciplina compôs um conceito.

A avaliação geralmente é associada a provas, exames, notas e resultados. Porém, há de se considerar outros tipos de avaliação, sendo útil adquirir consciência desses modos avaliativos como partes do processo, e não unicamente em seu grau de formalidade executado ao término de um conteúdo ou uma disciplina.¹⁶

Prática de Docência Orientada

A proposta da vivência de estar professor, sob acompanhamento do docente orientador, foi, nesta experiência, denominada prática de docência orientada. A efetivação do desafio foi se desenhando no decorrer da disciplina. A escolha do tema, o público, a construção do plano de ensino e a seleção das estratégias pedagógicas mais adequadas foram construídas no desenrolar da interatividade docente-discente-orientador. Para isso, utilizou-se de mecanismos avaliativos em todas as etapas de elaboração: na organização didático-pedagógica, implementação (aula propriamente dita) e na reflexão da vivência, concretizadas no seminário de docência orientada.

A prática de docência orientada, constituiu-se em experiência em que, a partir dos conteúdos desenvolvidos em aula — plano de ensino, tendências pedagógicas, estratégias de ensino-aprendizagem, relação professor-aluno e avaliação — cada aluno preparou e realizou uma aula, para o Curso de Graduação de Fisioterapia UFSM, sob supervisão direta do seu orientador de monografia. Nesse desafio, procurou-se atrelar a temática da aula à área de conhecimento do objeto de estudo e pesquisa de monografia do especializando.

Desse processo, resultaram três momentos avaliativos: a) elaboração e apresentação do plano de ensino, b) avaliação da atividade docente pelo professor orientador e c) relato da docência, apresentado no seminário de docência orientada ao término da disciplina.

O seminário de docência orientada foi planejado no intuito de proporcionar aos discentes a descrição e narrativa da experiência, o sentimento de estar professor, momento este oportuno para a realização da autoavaliação, indicando as fragilidades, as potencialidades e a proposição destes pressupostos. Acredita-se que a narrativa do vivido assuma caráter formativo para o estudante, pois, conforme Ferry,¹⁷ as experiências significativas ao longo da vida são formadoras de identidades e subjetividades. O processo de aprendizagem e formação dar-se-á à medida que se narra os acontecimentos vividos.

Assim, pode-se considerar que a vivência de estar professor de Fisioterapia permitiu a reflexão da importância em experienciar a docência pelos especializados, pois possibilitou a percepção desse lugar, reconhecendo sua legitimidade para localizar ações, expectativas, esperanças e possibilidades.¹⁸

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da disciplina MSE no CERFM trouxe à tona a emergência da abordagem da docência superior em cursos de pós-graduação *lato sensu*. Acreditamos que a docência se constitui em oportunidade de atuação para o profissional de formação específica, como, no caso, os bacharéis da área da saúde que muitas vezes tornam-se professores antes mesmo de adentrar em curso *stricto sensu*.

Destacamos que um dos marcos da experiência desenvolvida foi a prática da docência orientada. Esta se constituiu em uma vivência que ofereceu oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades de estar professor.

Consideramos que esta experiência tenha suscitado reflexões e gerado impacto em três dimensões: discentes, docentes e orientadores do trabalho de conclusão de curso. Entre os discentes, ao proporcionar a vivência e a reflexão sobre as relações da profissão e da docência, com o

despertar de desejos e possibilidades, permitiu ainda o reconhecimento de diferentes estratégias de ensinar e aprender, bem como o de avaliar. Para os professores da disciplina, ao superar o desafio de abordar a docência em um curso de pós-graduação, transcendendo as questões técnicas, em uma construção conjunta e compartilhada, com ressignificação do ser e do fazer na docência superior. Aos orientadores, pelo envolvimento na elaboração, discussão, acompanhamento e avaliação, da organização e efetivação da aula, o que gerou reflexão sobre a sua própria docência a partir do desafio do seu aluno.

Apesar deste relato estar limitado a um curso *lato sensu*, iniciativas com esta natureza são válidas e necessárias em pós-graduação, uma vez que esta

experiência singular ecoou em toda comunidade acadêmica do Curso. Também, é certo que se poderá estender a implantação dessa metodologia em cursos *stricto sensu*.

Atualmente, há muitos profissionais — fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais — com nível técnico de excelência, mas sem qualquer formação para a docência universitária. Isso já torna pertinente a incorporação de propostas que reflitam essa função não apenas como transmissão de conhecimentos específicos, técnicos, mas também sob a ótica da construção e transformação do saber fazer. Consideramos, ainda, que a docência superior se constrói e se consolida no espaço da sala de aula, na interação entre pares, em uma relação dinâmica e dialógica que se dá no cotidiano universitário.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta SG, Anastasiou LGC. Docência no ensino superior. São Paulo: Cortez; 2002.
2. Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.
3. Dewey J. Experiência e Educação. 2. ed. São Paulo: Editora Nacional; 1976.
4. Dewey J. Como pensamos: como se relaciona o pensamento reflexivo com o processo educativo: uma reexposição. 3. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1959.
5. Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais. DCN. 2002.
6. Coffito. Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013. (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013) Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Capítulo IX – da docência, preceptoria, pesquisa e publicação. Artigo 41.
7. Badaró AF, Guilhem D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. Fisioter Mov. 2011 jul/set; 24(3):445-54.
8. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Projeto Pedagógico de Curso. Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora. 2011.
9. Martínez AM. A Criatividade como Princípio Funcional da Aula: limites e possibilidades.

RECONHECENDO-SE COMO SUJEITO DE RISCOS: A CONSCIÊNCIA DOS POSSÍVEIS DANOS DA TUBERCULOSE

Máira Rossetto

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

Esta pesquisa objetivou analisar a partir da percepção dos usuários aderentes ao tratamento da tuberculose, os sentidos atribuídos aos riscos da doença. O estudo foi realizado com base nas teorias sociológicas sobre 'risco', em especial, as que enfatizam o caráter sócio cultural do risco. O estudo com abordagem qualitativa foi desenvolvido a partir da Teoria Fundamentada em Dados. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, tendo como sujeitos 19 usuários aderentes ao tratamento para tuberculose. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFRGS. Os resultados foram organizados em três categorias e deram origem ao fenômeno central da teoria "Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose". Para os participantes da pesquisa, "risco" tem uma conotação negativa, estando associado à possibilidade de perigo ou de dano potencial. O processo de atribuição de sentidos foi influenciado por elementos do contexto social e cultural em que esses indivíduos vivem. A inclusão dos danos potenciais da tuberculose ao portfólio pessoal de riscos não inaugurou uma nova identidade de sujeito, pois mesmo antes da comunicação do diagnóstico, os usuários já realizavam cálculos probabilísticos e ações de gerenciamento desses danos. Para além dos discursos da saúde, a tuberculose acrescentou um sentido específico para os riscos da doença, os riscos relacionais. Os riscos relacionais foram definidos como a possibilidade de danos que a tuberculose representa às interações do indivíduo doente com a sociedade, com interferência nas dimensões públicas e privadas da vida cotidiana. Na esfera pública, os participantes referiram à mudança na imagem corporal e as alterações dos papéis de gênero reconhecidos socialmente. Na esfera privada, foi enfatizada a interferência nas relações com os familiares no que diz

In: Veiga IAP (Org.). Aula: gênese, dimensões, princípios e práticas. 2.ed. Campinas, São Paulo: Ed. Papirus; 2011. p. 115-143.

10. Freire P. Pedagogia da autonomia. 42ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

11. Anastasiou LGC, Alves, LP. Processos de ensinamentos da universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Univille; 2003.

12. Demo P. Universidade, aprendizagem e avaliação: horizontes reconstrutivos. Porto Alegre: Mediação; 2004.

13. Sonzogno MC. Metodologias no ensino superior: algumas reflexões. In: Batista NA, Batista SHSS (orgs.). Docência em saúde: temas e experiências. 2. ed. São Paulo: Ed. Senac; 2004. p. 75-84.

14. Freitas ALS, Gessinger RM. O contrato didático e a avaliação. In: Grillo MC, Freitas ALS, Gessinger RM, Lima VMR (orgs.). A gestão da aula universitária na PUCRS. Porto Alegre: ediPUCRS; 2008.

15. Maia JA. O Currículo no Ensino Superior em Saúde. In: Batista NA, Batista SHSS. (orgs.). Docência em saúde: temas e experiências. 2. ed. São Paulo: Ed. Senac; 2004. p. 101-133.

16. Morales P. A relação professor-aluno: o que é, como se faz. 4. ed. São Paulo: Loyola; 2003.

17. Ferry G. Pedagogia de la formación. 1ª ed. 1ª reimpressão. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico; 2004.

18. Cunha MI. Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. In: XIV ENDIPE. Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. Porto Alegre: Anais. Seiva Publicações; 2008.

respeito ao vínculo familiar e à saúde de outros membros da família. A onipresença do risco no cotidiano das sociedades contemporâneas resulta na constante necessidade de avaliar o presente e seus riscos e de, a partir de escolhas entre quais riscos são e não são aceitáveis, definir o caminho a seguir. Esse processo reflexivo realizado cotidianamente é produtor de identidades para o “eu”, levando, os participantes a buscarem uma identidade de sujeito preocupado com o seu cuidado e com o cuidado do outro, preservando suas relações pessoais e o convívio na sociedade.

Palavras-chave: Risco. Tuberculose. Adesão ao tratamento medicamentoso. Promoção da Saúde. Enfermagem.

CLÍNICA-ESCOLA: DISCUSSÃO E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO SUPERIOR DA SAÚDE

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul

Resumo

Esta tese surge do meu envolvimento com as políticas públicas de saúde, com a educação superior, com a formação de profissionais de saúde comprometidos com o sentido social do trabalho em saúde e com a participação da formação na consolidação do Sistema Único de Saúde. As diferentes exposições e experimentações como trabalhadora forçaram-me a pensar a educação e a saúde, levando em consideração a força micropolítica da produção de realidades quando estão implicados o acolhimento de pessoas em redes de saúde e a mobilização e participação da sociedade. A tese apresenta um exercício ensaístico do compromisso da universidade com a formação superior em saúde diante da exigência das Diretrizes Curriculares Nacionais de instalar clínicas-escola em cursos que, em teoria, deveriam estar inseridos em serviços do sistema de saúde. A problematização do compromisso da Universidade com a sociedade e com o egresso dos cursos de graduação, na perspectiva das clínicas-escola, e como essa condição se ajustaria à sociedade tal como apontam as instâncias de participação, consulta e tomada de decisão junto com a população mostram-se como um desafio necessário. A quais compromissos e interesses a universidade deve responder: gerar recursos financeiros e oferecer “treinamento” técnico para diferentes funções e áreas do conhecimento? Promover a interação entre diferentes saberes, integrar a pesquisa aos conhecimentos e práticas existentes nas comunidades, na construção coletiva de novos conhecimentos? Consideramos que a Universidade deve participar, por meio da própria formação profissional, da composição de cenários nos quais exista a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade do trabalho, a apropriação do sistema de saúde vigente no país e a interação entre universidade e sociedade. A tese procurou desenvolver uma análise de alguns dilemas postos no contexto acadêmico, destacando o compromisso da universidade com a produção de pensamento, de relações sociais, de pertencimento da

instituição à sociedade e de uma formação comprometida com o cenário contemporâneo nacional. Estudos científicos nacionais e internacionais apontam esses compromissos, mas revelam também que não temos recursos conceituais, práticos ou históricos que nos dêem sustentação para a execução, o que leva à repetição do velho e já naturalizado nos processos de formação: cada área de conhecimento organiza as suas práticas específicas em espaços próprios, desvinculados das redes públicas, do contexto das relações na sociedade e dos modos de vida, em territórios concretos de organização política. Esses modelos de formação também têm contribuído para a manutenção de serviços e clínicas-escola que fortalecem a formação disciplinar como espaço de treinamento de técnicas e procedimentos. A busca por artigos e outras publicações que problematizam essa realidade mostrou que a produção repete o cenário das práticas, com a predominância de estudos que abordam resultados obtidos a partir do uso de técnicas e procedimentos diversos. Por outro lado, este ensaio apresentou uma proposição teórico-prática inovadora na forma de se organizar e implementar uma clínica-escola comprometida com a formação de profissionais de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, procurando responder aos compromissos sociais da educação superior com a sociedade.

Palavras-chave: Educação Superior. Formação profissional em saúde. Clínica-escola. Educação e ensino da saúde.