



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - DOUTORADO

**A FORMAÇÃO NOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NA PARAÍBA
PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Eleazar Marinho de Freitas Lucena

João Pessoa-PB
2018

ELEAZAR MARINHO DE FREITAS LUCENA

**A FORMAÇÃO NOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NA PARAÍBA
PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Nível Doutorado, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Modelos de Decisão e Saúde

Linha de Pesquisa: Modelos de Decisão

ORIENTADORES:

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

**João Pessoa-PB
2018**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L935f Lucena, Eleazar Marinho de Freitas.

A formação nos cursos de fisioterapia na Paraíba para a atuação na atenção básica à saúde / Eleazar Marinho de Freitas Lucena. - João Pessoa, 2018.

134 f. : il.

Orientação: João Agnaldo do Nascimento.

Coorientação: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Modelos de decisão - Saúde. 2. Fisioterapia - Formação profissional - Paraíba. 3. Atenção básica à saúde - Fisioterapeutas. I. Nascimento, João Agnaldo do. II. Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva. III. Título.

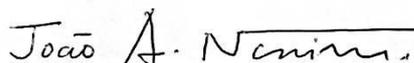
UFPB/BC

ELEAZAR MARINHO DE FREITAS LUCENA

**A FORMAÇÃO DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NA PARAÍBA
PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

João Pessoa, 26 de fevereiro de 2018

Banca Examinadora



Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Orientador – UFPB



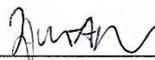
Profa. Dra. Kátia Suely Queiro Silva Ribeiro
Orientadora – UFPB



Prof. Dr. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho
Membro Interno – UFPB



Prof. Dr. Franklin Delano Soares Fortes
Membro Interno – UFPB



Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro
Membro Externo – UFRN

*Dedico a
Minha Mãe,
Fabiola Marinho de Freitas Lucena,
pela sua história,
por não medir esforços para dar oportunidades aos seus de crescerem na vida,
pelo sonho em ter um filho Doutor.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu DEUS,

Pela Vida, pela Força e pela Fé.

A perseverança na Tua graça me faz caminhar, sonhar e realizar.

A minha esposa, Renata Lucena,

Por ser a minha vida.

Pela nossa família.

Pelo amor e pelos sonhos compartilhados e alcançados.

Pela importante ajuda na conclusão deste trabalho.

A minha família,

Pelo reconhecimento, incentivo e apoio incondicional.

Por se fazer presente em todos os momentos.

Ao meu orientador, João Agnaldo do Nascimento,

Pelo apoio e confiança depositada em minha capacidade de desenvolver este trabalho.

Pela disponibilidade, prontidão e bom humor para dirimir as dúvidas sobre a Teoria de Resposta ao Item.

Pelo excelente desempenho como Docente na disciplina Análise de Itens, cujo aprendizado foi essencial para o planejamento e execução deste trabalho.

A minha orientadora, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro,

Pela confiança e parceria firmada em todos os trabalhos desenvolvidos nos últimos anos.

Pela imprescindível contribuição em meu crescimento pessoal e profissional. Seu exemplo me faz buscar novos desafios e novas conquistas.

À banca examinadora, composta pelos professores Dr. Luiz Medeiros de Araújo Lima, Dr. Franklin Delano Soares Fortes e Dr. Luiz Roberto Augusto Noro,

Pela disposição em avaliar este trabalho.

Aos discentes e docentes dos cursos de Fisioterapia da Paraíba que participaram deste estudo,

Pela disposição em fornecer informações importantes sobre suas experiências acadêmicas e contribuir para a realização deste trabalho.

Ao amigo Gilberto Magalhães,

Pelos estudos compartilhados na disciplina Análise de Itens, quando seu projeto de dissertação impulsionou a idealização do projeto desta tese.

Ao Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC),

Em especial, às pesquisadoras Ângella Barros e Simoni Farias,

Pela importante ajuda na coleta e tabulação dos dados.

Por me qualificar enquanto Pesquisador e Docente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

Pela bolsa de estudos que me permitiu dedicar integralmente à pós-graduação.

Ao Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde,

Em especial, aos Professores César Cavalcanti, Eufrásio de Andrade, Ulisses Umbelino, Rodrigo Viana e ao Secretário Francisco Santos,

Pela experiência compartilhada do aprender nos últimos anos.

Pelas contribuições neste trabalho.

RESUMO

Diante das novas demandas de saúde da população brasileira, com grandes mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na conformação do sistema de saúde, torna-se necessária a reformulação do objeto de intervenção da fisioterapia, que necessita aproximar-se da promoção da saúde e da nova perspectiva em termos de desenhos assistenciais, sem ser desvinculada de suas competências inerentes à reabilitação. Diante disso, defende-se a Tese de que a formação profissional não está preparando os fisioterapeutas para atuar no âmbito da atenção básica à saúde. Assim, o objetivo deste estudo é investigar o processo de formação profissional nos cursos de graduação em Fisioterapia no Estado da Paraíba para atuação na atenção básica à saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e inferencial com abordagens qualitativa e quantitativa. A pesquisa foi realizada nas Instituições de Ensino Superior (IES) da Paraíba que oferecem o curso de graduação em Fisioterapia. A formação profissional para a atenção básica foi investigada na perspectiva dos discentes e docentes, por meio de realização de entrevistas semiestruturadas. O conhecimento dos discentes quanto à formação para a atenção básica à saúde foi avaliado a partir da aplicação de um questionário elaborado com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Caderno de Atenção Básica N. 39 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, enquanto os dados quantitativos foram analisados por meio da técnica estatística de Teoria de Resposta ao Item (TRI). Os discentes dos cursos de Fisioterapia do Estado da Paraíba valorizam as vivências realizadas na atenção básica durante a formação. Entretanto, reconhecem o foco nas ações de reabilitação, limitando as possibilidades de atuação do fisioterapeuta. Para os discentes, as oportunidades ocorreram de forma tardia e pontual durante o curso, acarretando certa limitação teórica e dificuldade em desenvolver habilidades para a atuação neste nível de atenção devido ao pouco tempo de atuação, evidenciando a necessidade de disciplinas com abordagem na atenção básica de forma transversal à formação do fisioterapeuta. Quanto ao conteúdo dos documentos norteadores, constata-se uma compreensão restrita, revelando que a formação do fisioterapeuta ainda não contempla de forma plena os pressupostos da atenção básica e do NASF. Os docentes destacaram como aspectos desfavoráveis desta formação a carga horária insuficiente, a fragmentação do ensino e a dificuldade de integração do que se é estudado neste nível de atenção com outros componentes curriculares. Portanto, faz-se necessário adequar a estrutura curricular dos cursos de graduação, otimizando a carga horária dos componentes curriculares inerentes a este nível de atenção, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço. O estudo permitiu elaborar um instrumento para análise do conhecimento de discentes de Fisioterapia sobre aspectos da atenção básica. Diante dos achados neste trabalho, percebe-se que os sujeitos em formação dos cursos de graduação em Fisioterapia na Paraíba não estão preparados para atuar na atenção básica no contexto dos documentos norteadores.

Palavras-chave: Desenvolvimento de pessoal. Atenção primária à saúde. Estudos de validação.

ABSTRACT

Considering Brazilian population's new health demands, due to major changes in social arrangement, epidemiological framework and health system organization, it is necessary to reformulate physiotherapy intervention object, which needs to approach health promotion and the new perspective in terms of care structures, without being detached from its inherent skills in rehabilitation. Therefore, the thesis is defended that professional training is not preparing physiotherapists to act in primary health care scope. Thus, this study aims to investigate undergraduate students in Physiotherapy's professional training process in Paraíba (Brazil) to perform primary health care. It is an exploratory, descriptive and inferential study with qualitative and quantitative approaches. Research was carried out in Higher Education Institutions (HEI) of Paraíba which offer undergraduate course in Physiotherapy. Professional training for primary care was investigated from students' and teachers' perspective, through semi-structured interviews. Students' knowledge about basic health care training was evaluated through the application of a questionnaire based on National Basic Attention Policy (PNAB, in Portuguese) and Basic Attention Manual No. 39 of the Family Health Support Center (NASF, in Portuguese). Qualitative data were analyzed using Content Analysis technique, while quantitative data were analyzed using Item Response Theory (IRT) statistical technique. Physiotherapy courses' students from Paraíba value the experiences realized in primary health care during their formation. However, they recognize that the focus is on rehabilitation actions, limiting physiotherapist's action possibilities. According to the students, opportunities occurred late and punctual during the course, which led to a certain theoretical limitation and difficulty in developing skills to perform at this attention level due to the short action time, evidencing the need for disciplines with a focus on primary care as important for physiotherapist's training. When it comes to guiding documents' content, a restricted understanding is observed. This reveals that physiotherapist's training still does not fully contemplate basic care and NASF assumptions. Professors highlighted as unfavorable aspects of this training insufficient workload, teaching fragmentation and the difficulty to integrate what is studied in this attention level with other curricular components. Therefore, it is necessary to adapt undergraduate courses' curricular structure, in order to optimize curricular components' workload inherent to this attention level, interdisciplinarity and teaching-service integration. This study allowed to elaborate an instrument to analyze students' Physiotherapy knowledge about primary health care aspects. Considering the findings in this study, it can be perceived that subjects in undergraduate courses in Physiotherapy from Paraíba are not prepared to act in primary health care in guiding documents' context.

Keywords: Staff development. Primary health care. Validation studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Curva Característica do Item para Modelo Logístico de 3 Parâmetros.....	54
Figura 2 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).....	60
Figura 3 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).....	75
Figura 4 – CCI para cada item do questionário.....	89
Figura 5 – Função de informação do teste.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Itens do questionário de pesquisa.....	47
Quadro 2 – Questionário de pesquisa após análise dos itens pela TRI.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Parâmetros da TRI e Carga Fatorial de cada item.....	88
Tabela 2 –	Características dos concluintes dos cursos de graduação em Fisioterapia.....	95
Tabela 3 –	Percentual de acertos para cada item.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENFISIO - Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CCI – Curva Característica do Item

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CRC – Curva de Resposta à Categoria

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

IES – Instituições de Ensino Superior

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NSI – Núcleo de Saúde Integral

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa Comunitário de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção à Saúde

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PSF – Programa de Saúde da Família

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCM – Teoria Clássica da Medida

TCT – Teoria Clássica do Teste

TRI – Teoria de Resposta ao Item

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	A FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE.....	22
3.2	A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA.....	27
3.3	A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	35
3.4	A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	40
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	44
4.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	44
4.1.2	Abordagem qualitativa	45
4.1.3	Abordagem Quantitativa	46
4.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.2.1	Análise dos dados qualitativos	48
	4.2.1.1 <i>Análise de conteúdo</i>	48
	4.2.1.2 <i>Processamento dos dados qualitativos</i>	49
4.2.2	Análise dos dados quantitativos	50
	4.2.2.1 <i>A Teoria de Resposta ao Item (TRI)</i>	50
	4.2.2.2 <i>Análise fatorial</i>	56
4.3	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	57
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	PERCEPÇÃO DOS DISCENTES ACERCA DA FORMAÇÃO PARA A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	59
5.2	PERCEPÇÃO DOS DOCENTES ACERCA DA FORMAÇÃO PARA A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	74
5.3	ANÁLISE DE ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	86
5.4	ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS DISCENTES PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	94

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	107
	Apêndice A – Roteiro de entrevista para discentes.....	120
	Apêndice B – Roteiro de entrevista para docentes.....	122
	Apêndice C – Questionário de Pesquisa.....	124
	Apêndice D – Termo de Autorização de Realização da Pesquisa na IES.....	130
	Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
	Anexo 1 – Certidão de aprovação no CEP.....	134

1 INTRODUÇÃO

As transformações que ocorreram nos últimos anos na sociedade por consequência da globalização, do acesso às fontes de informação, do avanço tecnológico e das necessidades e requisitos do campo de trabalho, somadas às políticas públicas de saúde no país, desencadearam uma reflexão sobre a organização do processo de aprendizagem e propiciaram a necessidade de uma nova perspectiva para a formação do profissional de saúde (REIS; MONTEIRO, 2015).

A formação médica do século XX foi orientada pelo relatório Flexner, que serviu como pressuposto para embasar a reforma das escolas de Medicina dos Estados Unidos e Canadá na década de 1920. Da mesma forma, os fundamentos deste relatório nortearam a reforma dos cursos da área da saúde na América Latina, com influências que permanecem em muitos países na atualidade. Neste modelo de ensino, os currículos dos cursos de graduação do campo da saúde se organizaram em disciplinas isoladas, o que resultou na fragmentação do conhecimento em especialidades (NÓBREGA-THERRIEN et al., 2015).

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve avanços no debate acerca da relação entre formação e integração dos profissionais de saúde no mundo do trabalho. Tendo o SUS como ordenador da formação profissional, iniciativas foram suscitadas para promover mudanças no ensino, com o propósito de contribuir para que as práticas em saúde contemplem a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional (ELLERY; BOSSI; LOIOLA, 2013). Dentre as mudanças propostas, destaca-se a ênfase na necessidade de vivência na atenção básica à saúde durante a formação profissional.

No modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, a atenção básica é considerada expressão maior da atenção primária à saúde e se manifesta, particularmente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), assumindo a responsabilidade de ser a principal porta de entrada do SUS, com práticas humanizadas, integrais, equânimes e com controle social, além de ofertar ações e serviços compatíveis com o nível de complexidade de cada usuário do sistema de saúde (DIBAI FILHO; AVEIRO, 2012). O trabalho na atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, a continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à formação do fisioterapeuta, é importante salientar que este núcleo profissional possui em seu processo histórico uma perspectiva predominantemente reabilitadora, que o distanciou por certo tempo dos cuidados voltados para a promoção de

saúde e a prevenção de agravos (SÁ et al., 2014). Verifica-se ainda, na formação destes profissionais, o predomínio de uma educação baseada na compartimentalização de conteúdos e na fragmentação do ser humano, resultado do padrão hegemônico cartesiano no ensino. De acordo com Hermes, Cutolo e Maestrelí (2016), a formação em Fisioterapia precisa capacitar profissionais conscientes acerca dos determinantes sociais da saúde. Apesar de ter se consolidado no âmbito da reabilitação, a atuação do fisioterapeuta não se limita a esta perspectiva, uma vez que as ações de prevenção e promoção de saúde são essenciais para promover qualidade de vida à população.

A partir do reconhecimento da Fisioterapia como profissão de ensino superior, o fisioterapeuta foi se inserindo nos diversos espaços de atuação, desenvolvendo ações de reabilitação, como também ações voltadas à prevenção e promoção em saúde. Conforme Queiroz e Santos (2013), a atuação fisioterapêutica vem se mostrando cada vez mais ampla e complexa, com o incremento de novas práticas que predispõem embasamento científico para orientar e aperfeiçoar a formação dos profissionais e consolidar a profissão. Entretanto, esse movimento de expansão da prática fisioterapêutica ainda é marcado pela atuação nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

O fisioterapeuta não está incluído na composição mínima da equipe de saúde da família (eSF), embora tenha sido um dos profissionais recomendados para integrar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado pela Resolução N. 154, em 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde, com a intenção de melhorar os serviços da atenção básica e incorporar profissionais de diferentes áreas de conhecimento no contexto da saúde da família. Trata-se de uma equipe que desenvolve ações em parceria com os profissionais da ESF, tendo como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012). Logo, a criação do NASF vem contribuindo para a mudança no perfil profissional do fisioterapeuta.

O conflito entre o projeto de reorientação da atenção básica, particularmente no que se refere aos preceitos da ESF e a maior parte dos profissionais que nela atuam, decorre do modelo de ensino que tradicionalmente tem-se fundamentado na assistência individual, curativa e especializada, em discordância da perspectiva da promoção e prevenção da saúde coletiva (GONÇALVES; CARVALHO; TRELHA, 2012). Neste paradigma, o fisioterapeuta na atenção básica deve amparar a demanda da comunidade, minimizando danos e agravos, com uma abordagem integral que considere a educação em saúde, acolhimento, atendimentos singulares, grupos operativos e atendimentos em domicílio, contrapondo-se ao estigma de ser um campo de atuação exclusivamente reabilitador (SOUZA; SALDANHA; MELLO, 2014).

Desde sua implantação, os profissionais do NASF enfrentam diversas dificuldades, que abrangem, inclusive, a insuficiente clareza sobre seu papel na rotina da ESF (NASCIMENTO; OLIVEIRA 2016). Em virtude do modelo de formação tradicional e fragmentada, que não prepara efetivamente os profissionais para o trabalho no SUS, a atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde ainda é considerada um desafio, reforçado pelo fato histórico de a fisioterapia estar vinculada à reabilitação, mantendo a profissão distante dos cuidados primários na atenção à saúde. Então, entende-se que uma das questões críticas que pode contribuir para superar tal desafio relaciona-se ao modelo de treinamento profissional (FERRETI et al., 2015).

Um importante evento nessa direção foi a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde, no início dos anos 2000. As DCN traduzem um avanço na formação de profissionais da saúde, com o desenvolvimento de habilidades e competências que garantam um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, por meio de estratégias de ensino-aprendizagem focadas nos discentes e nas demandas de saúde da população e do SUS (MADRUGA et al., 2015).

Para tanto, a perspectiva do cuidado integral à saúde proposta pelo SUS requer a qualificação das práticas de atenção e de gestão à saúde, demandando dos profissionais a superação de desafios presentes no cotidiano dos serviços do SUS, sobretudo no que diz respeito à fragilidade em torno das relações de cuidado e de trabalho. Assim, a formação profissional precisa ser compreendida como meio de difundir os pressupostos do SUS pelos serviços de saúde a partir da experimentação nos campos de trabalho, desencadeando transformações nas práticas de saúde e nos serviços (PASSOS; CARVALHO, 2015).

Na rotina dos serviços da atenção básica, os profissionais enfrentam problemáticas que demandam, além do conhecimento técnico referente ao seu núcleo de atuação, o conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde vigente no país, incluindo aspectos específicos do nível de complexidade do serviço onde o profissional atua. A carência desses conhecimentos compromete a realização de ações articuladas em saúde, dificuldade que pode estar presente, também, nos currículos dos cursos de graduação em Fisioterapia, caso a formação não possibilite a aproximação dos estudantes com a realidade dos serviços da atenção básica.

Fernandes et al. (2016) destacaram que, apesar de a proposta do NASF especificar as atribuições das equipes e ferramentas que podem ser utilizadas, o desconhecimento e a inexperience restringem a prática dos profissionais na atenção básica. Nesse sentido, o **problema** que se coloca nesta pesquisa é que, apesar de ser o profissional mais presente nas

equipes do NASF atualmente (VASCONCELOS; SOUZA; SANTOS, 2013), o fisioterapeuta está sendo inserido na atenção básica sem necessariamente ter havido maior ênfase dessa experiência na formação acadêmica, refletindo o distanciamento entre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica e o que é preconizado nos documentos que orientam a realização das atividades neste nível de atenção.

A **motivação** para a realização desta pesquisa se deu a partir da vivência como fisioterapeuta do NASF no Município de João Pessoa-PB. Nesta experiência, constatou-se a disparidade entre o trabalho dos fisioterapeutas desenvolvido nos serviços e o conteúdo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do Caderno de Atenção Básica, que dispõem sobre a atuação dos profissionais do NASF. Por esta razão, surgiu o interesse em investigar a conformidade entre a formação nos cursos de graduação em Fisioterapia no Estado da Paraíba e a política de atenção básica no Brasil, o que se constituiu como **objeto de estudo** desta investigação.

Diante das novas demandas de saúde da população brasileira, mediante as grandes mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização do sistema de saúde, torna-se necessária a reformulação do objeto de intervenção da fisioterapia, que necessita aproximar-se da promoção da saúde e da nova perspectiva em termos de desenhos assistenciais, sem ser desvinculada de suas competências inerentes à reabilitação. Esse rearranjo do objeto de intervenção e da *práxis* profissional direciona a Fisioterapia para transformações mais profundas, de ordem epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta (BISPO JÚNIOR, 2010). Assim, a **importância do estudo** alicerça-se na possibilidade de reorientar a formação desses profissionais com vistas à atuação na atenção básica de saúde, porquanto tal atuação requer o desenvolvimento de conhecimentos específicos para a realização das atividades na realidade social em que estão inseridos estes serviços, com toda a complexidade inerente ao contexto e à perspectiva do cuidado integral.

As transformações na elaboração de novos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos são processuais. Por isso, a sua implementação sugere uma mudança do perfil dos futuros profissionais, através da adoção de estratégias voltadas ao mundo da formação e desenvolvimento desses trabalhadores da saúde (LOPES NETO et al., 2007). Nesse diapasão, o estudo se **justifica** pela necessidade de discutir a formação de fisioterapeutas para atuar em programas e estratégias de atenção básica do SUS, partindo do **pressuposto** de que os profissionais que desejam trabalhar neste âmbito carecem de conhecimento necessário para desenvolver sua *práxis* de modo compatível com o que é proposto na política de saúde.

Defende-se a **Tese** de que a formação profissional não está preparando os fisioterapeutas para atuar no âmbito da atenção básica à saúde. Dessa forma, toma-se como **questão norteadora** do estudo a seguinte indagação: Os cursos de graduação em Fisioterapia estão preparando os sujeitos em formação para atuar na atenção básica no contexto dos documentos norteadores?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar o processo de formação profissional nos cursos de graduação em Fisioterapia na Paraíba para atuação na atenção básica à saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico e estudantil dos discentes de Fisioterapia;
- Verificar a percepção dos discentes e docentes de Fisioterapia quanto à formação para atuar na atenção básica à saúde;
- Identificar as experiências acadêmicas dos discentes de Fisioterapia na atenção básica;
- Validar, à luz da Teoria de Resposta ao Item, um questionário de pesquisa para medir o conhecimento dos discentes de Fisioterapia acerca da atenção básica à saúde, tendo como base a PNAB e o Caderno de Atenção Básica N. 39 do NASF;
- Avaliar o conhecimento dos discentes de Fisioterapia relacionado à formação para atuar na atenção básica à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

Nos últimos anos, o campo da saúde tem vivenciado distintos movimentos de ressignificação de suas práticas, em virtude das articulações entre diversas representações da sociedade, as quais estabelecem, em cada circunstância, possíveis respostas sociais às demandas e aos problemas de saúde. Tais transformações na conjuntura política e social convergem para uma real mudança no modo de se fazer saúde. Não obstante, para que tais mudanças ocorram de fato, faz-se necessário que exista uma remodelagem do processo de formação dos profissionais desse campo. Para tanto, a estrutura da formação educacional precisa estar fundamentada em um projeto educativo que a proporcione no contexto real do ensino e da aprendizagem (VASCONCELOS; GOUVEIA, 2011).

De acordo com as diretrizes e bases da educação nacional, o ensino superior tem como objetivos, dentre outros, incentivar o trabalho cultural e o progresso do caráter científico e do pensamento reflexivo; formar trabalhadores qualificados à inserção em setores profissionais e à participação no desenvolvimento social no país, contribuindo na sua formação contínua; estimular o reconhecimento das problemáticas do mundo atual; ofertar serviços especializados à comunidade, ao passo que deve manter com esta uma relação mútua (BRASIL, 1996).

Nesse contexto, Ceccim e Ferla (2006) apontam que o processo de formação na área da saúde deve almejar a formação de profissionais capazes de idealizá-la como uma estrutura essencial para o exercício da cidadania, avançando sobre um mero repasse de conhecimentos teórico-práticos. Vasconcelos e Gouveia (2011) ressaltam que os processos formativos se têm apresentado como componentes de resistência aos avanços da cidadania, possivelmente pelo fato de manterem relação de influência junto aos interesses capitalistas.

A educação superior vem sofrendo reformulações nas últimas décadas, as quais estão transformando a perspectiva da formação universitária, sendo concebida, em maior parte, como simples aquisição de habilidades passíveis de serem comercializáveis. De acordo com o art. 200 da Constituição Federal (1988), uma das responsabilidades do SUS consiste no ordenamento da formação de recursos humanos para esse setor no país (BRASIL, 1988).

A universidade exerce um papel fundamental na síntese do conhecimento e na construção de saberes, formando o indivíduo para produzir mudanças a partir da capacidade de solucionar problemas. Esta instituição tem o compromisso de promover a construção do conhecimento inovador e crítico, que garanta a pluralidade e discuta, juntamente com diversos

componentes, aspectos que apontem a Academia como elemento central e norteador do crescimento histórico da sociedade (SOUZA; SALDANHA; MELLO, 2014). Diante disso, o tripé ensino-pesquisa-extensão deve superar as práticas isoladas com o foco exclusivamente acadêmico. Tal enfoque voltado à comunidade é essencial para que o sujeito em formação na saúde amplie o seu olhar para questões epidemiológicas, sanitárias, sociais e culturais, envolvendo-o com a comunidade (SIGNORELLI et al., 2010).

No início do século XX, foram estruturados os currículos das profissões da área da saúde a partir do Relatório Flexner. Este documento tinha como finalidade estabelecer diretrizes para o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, acompanhando o modelo cartesiano-newtoniano que possuía uma estrutura curricular inflexível, com um mínimo de quatro anos de estudos com capacitação em ciências básicas e profissionalizantes. No Brasil, esse modelo teve início por volta dos anos de 1950, por meio de estímulo da Fundação Rockefeller, promovendo um progresso tecnológico e científico. Contudo, lançou-se um olhar fragmentado em torno da ciência, centrado na especialidade e insuficiente para solucionar alguns aspectos básicos relacionados ao processo saúde-doença (CHESANI, 2013).

O emprego do Relatório Flexner nas profissões da área da saúde teve sua repercussão no ensino evidenciada a partir dos seguintes indicadores: enfoque limitado na prevenção e na atenção ambulatorial; a hegemonia da perspectiva curativa e hospitalar; focada na atenção individual; a fragmentação da atenção voltada para as questões sociais das ações clínicas e a exclusão do olhar integral para o organismo, em consequência da desarticulação da estrutura curricular e da gênese das diferentes especialidades (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

Comumente, reconhece-se que tal modelo permanece interferindo no processo formativo dos recursos humanos da saúde, no qual o usuário é assistido como objeto da intervenção dos profissionais de saúde, ao invés de ser visto como um sujeito que necessita de atenção à saúde de forma ampla. Neste modelo, o corpo humano ou parte dele é foco das ações; no entanto, faz-se necessário um cuidado integral e humanizado por parte dos trabalhadores da saúde desde a formação, evitando a fragmentação do sujeito (CORDEIRO; MINAYO, 1997).

Os analistas da educação e os profissionais de saúde convergem em seus discursos quanto ao fato de considerarem a formação em saúde com um modelo biologicista, medicalizante e com foco no procedimento. Apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos, a abordagem pedagógica hegemônica de ensino ainda é focada em disciplinas organizadas de modo fragmentado e isolado, dissociando conteúdos básicos e clínicos. Tal modelo faz uso de métodos de análise cognitiva por aquisição de conhecimento técnico-

científico uniformizado, preservando, dessa forma, abordagens tradicionais de práticas em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Por um longo período, a aquisição de conhecimentos técnico-científicos representou o ensino de graduação no Brasil, abrangendo conteúdos isolados e sem articulação entre teoria e prática. Padrão de ensino que não supria a necessidade de promover a preparação do profissional com aptidão necessária para atuar em um modelo de atenção integral à saúde, compreendendo as intervenções de promoção, proteção, prevenção e reabilitação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GAVA, 2004). Desta feita, distinguem-se problemas estruturais na formação dos recursos humanos e do sistema de saúde em sua totalidade, a qual carece de filosofias de atuação e pedagógicas direcionadas à humanização de maneira satisfatória, o que predispõe ao profissional a sensibilidade para aspectos éticos no trabalho em saúde.

A formação que o profissional da saúde obtém durante a graduação mostra-se incompatível com as demandas enfrentadas no campo de trabalho. A partir de um modelo rígido, fracionado e desarticulado, percebe-se que o sujeito em formação permanece herdando uma formação tradicional em saúde. Este modelo fundamenta-se em uma estrutura disciplinar focada nas especialidades, promovendo o saber fragmentado das questões de saúde, e, por consequência, que se norteia para a capacitação de especialistas, cuja capacidade de lidar com as totalidades ou com realidades complexas apresenta-se de forma limitada (CHESANI, 2013; SILVA; SILVEIRA, 2011).

As mudanças nas práticas de saúde foram influenciadas pela criação do SUS, incentivando adequações no processo de formação e no desenvolvimento de profissionais da área. Nesse contexto, o conceito de saúde traduz a conjuntura social, econômica, política e cultural, sendo considerado, assim, multidimensional, cujo processo envolve a interação dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais (SCLIAR, 2007). A atuação do profissional de saúde é modificada a partir deste entendimento, uma vez que sua função vai além de curar enfermidades. Seu compromisso está voltado para o cuidado à saúde, com enfoque para o estilo de vida das pessoas (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012).

De acordo com Castro e Rodriguez (2015), este entendimento se coaduna com a perspectiva da Associação de Fisioterapia e da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), quanto à necessidade de ampliar a atuação dos profissionais fisioterapeutas e reconhecer mudanças no conceito da saúde, a inclusão do conceito de qualidade de vida e a reorientação dos serviços de saúde, que impulsionam estratégias de promoção e prevenção em suas intervenções para além do assistencialismo.

A elaboração de um novo modelo de atenção, necessária a partir da criação do SUS, enfrenta obstáculos, sobretudo na formação de profissionais de saúde em relação à capacitação da produção de cuidados (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001). Nesta concepção, os currículos e as práticas de ensino na área da saúde baseados no modelo biomédico apresentam-se incipientes para promover a formação de profissionais que contribuam com a reorientação do sistema na perspectiva de saúde ampliada.

Destarte, torna-se importante avaliar os padrões de formação de recursos humanos da saúde através dos quais são desenvolvidas as práticas de ensino-aprendizagem, para que possam adquirir habilidades necessárias às exigências da sociedade e do sistema de saúde no mundo atual. Tais demandas não se referem apenas a qualificar os profissionais com perfil técnico, mas que tenham conhecimento e contemplem a universalidade do acesso, a qualidade e a humanização na atenção à saúde. Nesse caminho, adequações nos currículos das instituições de ensino são orientadas pelo Ministério da Educação, prioritariamente, ações na atenção básica à saúde (SILVA; DA ROS, 2007).

Considera-se um grande desafio na área da saúde a efetivação de ações humanizadas, particularmente, no âmbito assistencial, em que a formação dos recursos humanos se caracteriza por ser essencialmente tecnicista. Diante das políticas de saúde atuais, tornam-se fundamentais transformações no processo formativo dos profissionais, adequando-os ao novo contexto de atenção à saúde, desempenhando, assim, um modo profundo de transformação, com início na graduação, perpetuando-se como necessidade para a educação permanente após a inserção do trabalhador nos serviços de saúde (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Apesar do considerável aumento do incentivo financeiro em qualificação dos recursos humanos da saúde e da existência de um sólido entendimento acerca da incompletude dos modelos hegemônicos de formação e do arranjo dos serviços de saúde, as propostas e esforços no caminho do trabalho transversal e interdisciplinar e da mudança das práticas ainda são insuficientes e enfrentam grandes dificuldades (SILVA; SILVEIRA, 2011).

A aprendizagem trata-se de uma construção permanente e incompleta, que sofre influência de aspectos intrínsecos e extrínsecos ao sujeito. Os aspectos intrínsecos correspondem, principalmente, à história de vida do sujeito, envolvendo suas expectativas, incentivos e restrições, os quais transformam sua concepção diante da realidade, acarretando que o sentido desta seja reinterpretado. Na construção do sentido da informação, o compartilhamento de experiências entre discente e docente diz respeito à organização do conhecimento. Quanto aos aspectos extrínsecos, inclui os fatores ambientais e os fatos do dia a dia, que fundamentam a construção de saberes (SIGNORELLI et al., 2010).

Nesta compreensão, o sujeito em formação tem a possibilidade de utilizar as experiências e os conhecimentos adquiridos nas práticas de ensino para os demais níveis de atenção à saúde. Quando o discente vivencia o estágio no serviço de saúde com a visão ampliada, a prática viabiliza a renovação de conceitos, que poderão ser aplicados em qualquer outra circunstância necessária (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012). Nesse panorama, o docente tem como papel dar suporte às práticas educativas, que se iniciam com o reconhecimento do discente com o novo processo pedagógico que passa a experimentar (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

A prerrogativa do padrão do ensino superior depende de apreciações internas e externas com fins de planejar ou efetivar mudanças. Alguns parâmetros, como formas de processo de trabalho e publicações, são considerados insuficientes para tal, na medida em que se distinguem outros fatores de análise na educação. Em vista disso, as instituições de ensino superior precisam se organizar para discernir uma variedade de adequações que extrapolam aspectos tecnológicos e que devem ser realizadas com o propósito de fortalecer espaços inovadores de aprendizagem. Assim, durante todo o período de formação, deve-se favorecer o desenvolvimento absoluto do ensino, que considere aspectos de ordem cognitiva, profissional ou pessoal (CZAPIEVSKI; SUMIYA, 2014).

A demanda metodológica concentra-se em transformar as práticas dos serviços de saúde, contribuindo para a qualidade de vida dos usuários e condições de trabalho favoráveis para os profissionais, por meio da harmonia entre o planejamento das estratégias e os objetivos pretendidos, bem como entre teoria prática, os saberes e a mudança da realidade. Deve-se valorizar a aproximação entre as práticas de saúde e a gestão do cuidado, posto que não existe a possibilidade de transformar os meios de assistir à população sem a devida organização dos serviços de saúde, a partir dos mecanismos de planejamento, decisão, avaliação e participação, ampliando o vínculo, a comunicação e a articulação entre os diversos serviços e instâncias do SUS (SILVA; SILVEIRA, 2011). Esse contexto predispõe a necessidade de engajamento das instituições formadoras em adequar tais pressupostos, sem desconsiderar o aspecto biológico, na tentativa de alcançar o equilíbrio para a transformação deste modelo na prática profissional (LUCENA et al., 2006).

A resolução do Ministério da Educação N. 04/2002, que institui as DCN dos cursos de graduação em Fisioterapia, aponta que a dimensão “lidar com cuidados de saúde” refere-se à capacidade dos profissionais de desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, seja individual ou coletivamente (BRASIL, 2002). Para tal, cabe aos profissionais a necessidade de incluir em suas práticas ações contínuas e integradas com todos

os setores do sistema de saúde, utilizando o pensamento crítico para avaliar as questões de saúde da população, de modo a buscar soluções para tais questões. Os profissionais precisam desempenhar suas atividades respeitando os princípios éticos e com os mais altos padrões de excelência, levando em consideração a responsabilidade pelos cuidados de saúde para além do ato técnico (FERRETI; LIMA; ZUFFO, 2014).

3.2 A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA

No contexto da reabilitação de doenças causadoras de incapacidade, ergue-se a fisioterapia, particularmente, em virtude de marcos na história como a Revolução Industrial e as Guerras Mundiais, nos séculos XVIII e XX (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). A partir do Decreto-Lei N. 938, de 13 de outubro de 1969, o Brasil regulamenta a profissão em nível superior (BRASIL, 1969), no qual se atribui ao fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (MARÃES et al., 2010).

No tocante às profissões da saúde, deve-se lembrar que, neste momento, o Brasil vivia o auge da ditadura militar, com indícios de defesas relativas à reforma sanitária, e, por seguinte, nos anos de 1970, debatia-se a necessidade de elaborar políticas públicas mais eficazes e igualitárias em saúde. Tal movimento idealizou as Conferências Nacionais de Saúde, que aconteceram nas décadas de 1970 e 1980, as quais culminaram com a criação do SUS após o término do regime militar, em 1990 (ROUQUARYOL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Diante deste panorama histórico e político, impulsionaram-se as organizações que visam às mudanças dos projetos político-pedagógicos dos cursos da saúde e áreas afins (CARVALHO; CECCIM, 2006). Este movimento foi estimulado, especialmente, pelo anseio de construção de uma estrutura educacional na área de saúde que fosse capaz de corresponder à complexidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Essas mudanças ganharam maior notoriedade na década de 1990, em consequência da legitimação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) N. 9.394/96. Neste contexto formativo dos recursos humanos da saúde, destaca-se a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando se discutiu a reorganização da função das instituições formadoras, universidades e escolas técnicas, com vistas à consolidação do SUS. Essa reorganização implica a necessidade de reformular a organização curricular,

fortalecendo-a com discussão baseada no contexto político, legal e do trabalho no SUS (SILVA; DA ROS, 2007).

Ressalta-se que essas instituições formadoras são responsáveis pelo processo de ensino profissional destinado à solução dos problemas e demandas sociais. Entretanto, não se deve desconsiderar a influência do projeto neoliberal sobre o ensino superior, enfraquecendo-o como espaço de formação crítica, reflexiva e transformadora (MEDEIROS; NEVES, 2013). Dessa forma, reconhece-se que as reformulações do ensino não se desenvolvem isoladamente, porquanto são concebidas como construção processual que se realiza nos padrões do capitalismo, a partir dos pactos internacionais com as instâncias públicas, que oferecem legitimidade aos processos de mudanças educacionais realizadas no Brasil (SILVA, 2008).

Algumas iniciativas apontaram para a formação de um perfil profissional que corresponda às necessidades do SUS com qualidade e resolutividade. Tais esforços podem ser reconhecidos na reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, aproximando trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, além do estabelecimento do serviço público como espaço de prática para o ensino e pesquisa por meio de visitas, estágios ou projetos de extensão, conforme destaca o artigo 27 da Lei N. 8.080/90 (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013).

Em 19 de fevereiro de 2002, o Ministro da Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (DCN/Fisio), aprovadas a partir do Parecer N. 1.210/2001 do Conselho Nacional de Educação, visando à formação geral e específica dos egressos/profissionais, com destaque para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nas dimensões individual e coletiva, apresentando as competências comuns para esse perfil de formação no que diz respeito às referências nacionais e internacionais de qualidade (CHESANI, 2013).

As DCN/Fisio destacam que a formação do fisioterapeuta deve contemplar as necessidades sociais da saúde e atenderão sistema de saúde vigente no país (BRASIL, 2002). Ademais, determinam as habilidades e competências gerais do fisioterapeuta, incluindo aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a educação permanente e com a formação dos estudantes. Desta feita, além da formação específica, deseja-se que o fisioterapeuta assimile de forma crítica e reflexiva as políticas de saúde e que seu processo de trabalho esteja em consonância com esta compreensão (PINHEIRO et al., 2009).

Ainda no que se refere às DCN/Fisio, é preciso habilitar profissionais críticos e reflexivos, com capacidade para atuar em diferentes realidades em sua prática, em equipes multidisciplinares para corresponder às demandas da sociedade. Viana et al. (2012) afirmam

que esses pressupostos demandam transformações educacionais que garantam uma formação de profissionais fisioterapeutas generalistas, capacitados para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, executando e participando de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

A posse do conhecimento técnico é imprescindível, mas considerado limitado para a concretização do modelo de saúde ideal que se busca promover. Portanto, espera-se que o fisioterapeuta atue em seu campo de trabalho de maneira crítica e reflexiva, com conhecimento para além de sua formação específica, contemplando as políticas de saúde e que sua atividade seja direcionada por esta concepção (PINHEIRO et al., 2009). Nessa perspectiva, Nunes (2006) destaca que a atuação do profissional de saúde requer um trabalho abrangente e diversificado que aponte para o sentido ampliado de saúde.

A proposta da graduação estabelecida nas diretrizes aponta para a necessidade de transformar o modelo de formação do profissional em Fisioterapia. Tradicionalmente, fundamentado na aquisição de conhecimentos técnicos fisioterapêuticos, com foco na reabilitação, pretendia-se a capacitação voltada para a especialidade. Então, espera-se que o ensino contraponha-se a este paradigma a partir do aprendizado de conhecimentos mais abrangentes, buscando a formação de um sujeito com habilidade técnico-científica, generalista e humanista, apto para intervir no processo saúde-doença por meio de preceitos éticos. Após a publicação das DCN/Fisio, foi concedido aos cursos de graduação, já implantados em 2002, um período de dois anos para que pudessem se adequar às novas diretrizes (BRASIL, 2002).

No que diz respeito ao tempo mínimo do curso de Fisioterapia, definiu-se que este deve apresentar 4.000 horas, considerando a necessidade de inserir efetivamente o fisioterapeuta nos serviços da atenção básica, com atuação ampla devido ao aumento das doenças crônico-degenerativas e traumáticas, cooperando, por meio da utilização de meios terapêuticos na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos, na promoção e na educação em saúde (BRASIL, 2009a). A relação ensino-aprendizagem deve ser incentivada pelo estágio curricular supervisionado, correspondendo à formação do discente com o treinamento prático em circunstâncias verdadeiras, refletindo uma proposta educativa, formativa e que oferte serviços à sociedade (VIANA et al., 2012). A finalidade desta relação é qualificar o discente em sua plenitude, contemplando o alicerce ético e disciplinar da fisioterapia, na medida em que se aprimoram futuros profissionais com perfil crítico e atores de transformação social (COURY, VILELLA, 2009).

Instituições como a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde esforçam-se para estimular e atrair docentes, discentes, gestores e serviços para os aspectos que envolvem as transformações nos cursos de graduação da área de saúde. Dentre as ações de incentivo proporcionadas por estas entidades, pode ser mencionada a integração entre as instituições formadoras e os serviços de saúde para promover movimentos que assegurem a inserção dos discentes em instâncias de gestão dos serviços e na participação social por meio de atividades práticas no SUS (ROCHA et al., 2008).

Outra ação proposta foi o incentivo e apoio às instituições de ensino para desenvolverem adequações nos currículos com incremento e/ou extensão de conteúdos de ciências sociais e humanas, com destaque para a disciplina de Saúde Coletiva na matriz curricular dos cursos de graduação da área de saúde. A consolidação deste campo na grade curricular dos cursos qualifica o discente a reconhecer questões sociais e aspectos humanos relacionadas ao processo saúde-doença e a apresentar intervenções voltadas à saúde em âmbito coletivo (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008). Nessa conjuntura, o processo formativo em Fisioterapia não deve se apegar às especialidades, mas se basear nas políticas de saúde (BARBOSA et al., 2010; BISPO JÚNIOR, 2009).

Em geral, os projetos pedagógicos para o ensino em Fisioterapia vêm sendo fortemente influenciados por alguns fatos recentes, destacando-se o esgotamento do paradigma tradicional da formação acadêmica, a restrita inclusão desse profissional no Sistema de Saúde, a presunção de uma nova representação profissional a partir das DCN/Fisio, além da adequação no modo de lidar com o processo saúde-doença, que passa a atender para a funcionalidade humana, em conformidade com a proposta da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2003; BRASIL, 2002; MARÃES et al., 2010).

Como estratégia para transformar o modelo tradicional de ensino, sobretudo em Fisioterapia, a proposta voltada para a funcionalidade humana em todos os níveis de atenção do SUS torna-se cada vez mais imprescindível e eminente, com a intenção de auxiliar a capacitação profissional de saúde. Com isso, possivelmente alcançará efeitos positivos quanto à qualidade da atuação e inserção do fisioterapeuta no campo de trabalho, apontando suas ações de modo mais conciso e satisfatório (ROSS; ANDERSON, 2004; VILLAGE, 2006; DORNELAS DE ANDRADE; DEAN, 2008).

Apesar de ter se consolidado no âmbito da reabilitação, a atuação do fisioterapeuta não se limita a esta perspectiva, haja vista que as ações de prevenção, promoção e educação em

saúde são essenciais para promover qualidade de vida à população. Logo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias que possibilitem agregar conhecimento para o campo de ação contribuindo, assim, com o objeto de estudo da profissão na assistência integral à saúde das coletividades (CASTRO; RODRIGUEZ, 2015).

Alguns estudos apontam para o distanciamento dos processos de formação do fisioterapeuta acerca dos preceitos e da conformação do SUS (BISPO JÚNIOR, 2009; SILVA; DA ROS, 2007; SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013). Aliado a esta realidade, Almeida, Martins e Escalda (2014) apontam a existência de maior valorização para conteúdos técnicos e disciplinas biomédicas por parte das instituições formadoras, ao mesmo tempo em que não favorece contextos que aproximem os campos das ciências da saúde com outros, a exemplo das ciências humanas e sociais.

A necessidade de mudança imposta pelo perfil profissional previsto nas DCN, no que se refere à atuação em todos os níveis de atenção em saúde, impulsiona uma grande mudança na formação, representada pela vivência na atenção básica. Neste caminho, espera-se promover atenção integral a todos os grupos da sociedade, almejando promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito individual e coletivo. A proposta de reformulação dos projetos pedagógicos deve priorizar, além das DCN de cada núcleo profissional, as necessidades e os aspectos do SUS, considerando, sobretudo, a realidade epidemiológica, demográfica, cultural, social e econômica (ALMEIDA; MARTINS; ESCALDA, 2014).

Assim, a expectativa atual em torno dos cursos de graduação em Fisioterapia assenta-se na possibilidade de esta formação proporcionar ao futuro profissional uma concepção crítica e problematizadora da realidade social e das questões relacionadas à saúde, sem desconsiderar as competências e habilidades de ordem técnica e científica. Tal concepção precisa ser contemplada na organização curricular e metodológica do curso. O desafio ora posto centra-se na tentativa de romper com os modelos fragmentados inflexíveis, com a finalidade de qualificar a formação do fisioterapeuta, a partir da articulação de diversos conteúdos, campos de atuação e profissionais (MARÃES et al., 2010).

O processo de formação precisa incentivar o comportamento crítico e reflexivo na produção do cuidado, bem como estar voltado às questões de saúde da população assistida e considerar o conhecimento vivenciado no dia a dia dos cenários de prática, associando-o com o que é discutido no espaço da universidade. Os trabalhadores que são qualificados nesta lógica e que conhecem o sistema e as políticas de saúde comumente desenvolvem suas atribuições respeitando os pilares do SUS, sendo relevante para o seu compromisso com as

possibilidades de mudanças das atividades profissionais e da própria organização do serviço de saúde (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Após 49 anos da assinatura do Decreto-Lei 938/69, que provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, considera-se que as temáticas envolvendo a designação da Fisioterapia como campo de ensino e pesquisa, o desenvolvimento de uma comunidade com interesses comuns e o próprio contexto do cuidar sejam discussões recentes. Por conseguinte, trata-se de um desafio abordar o modo pelo qual a comunidade se firmou no país enquanto as diversificadas áreas de atuação se delimitaram. Esse cenário diz respeito ao nascimento e consolidação de qualquer profissão, sobretudo daquelas que surgiram como especialidade da medicina, como, por exemplo, a saúde pública e a própria Fisioterapia (FARIA; SANTOS, 2011).

No campo do trabalho, a categoria dos fisioterapeutas depara-se com mais um desafio: reivindicar atividades docentes que correspondam a um processo de formação mais crítico, reflexivo, com enfoque para as transformações sociais e para as estratégias voltadas à comunidade. O trabalhador qualificado com a certeza das implicações sociais de suas atribuições desempenha sua prática com propriedade e eficiência. Nesse sentido, as DCN e o Código de Ética Profissional representam as propostas pioneiras para o alcance desta prática de excelência (FARIA; SANTOS, 2011).

Obviamente, o fisioterapeuta obtém atribuições com o trabalho de promoção da saúde e prevenção de doenças, predispondo, então, a reorientação do seu processo formativo para corresponder às necessidades prioritárias em saúde da comunidade com ética e competência técnica (BARROS, 2002). Tais ações são desenvolvidas a partir dos seus recursos, que incluem suas mãos, inteligência, emoção e participação popular, tornando acessíveis a prevenção, tratamento e reabilitação da saúde por meio da avaliação funcional e abordagens corporais, diagnóstico coletivo e social, dentre outros.

As opções do leque de ações do fisioterapeuta necessitam estar em conformidade com as políticas de saúde ordenadas pelo SUS, cuja fundamentação privilegia a prevenção e promoção da saúde, além do princípio da equidade e melhor resolução dos serviços ofertados (RODRIGUES, 2008). Sendo assim, as transformações dos projetos pedagógicos dos cursos, bem como a valorização de conteúdos voltados para o contexto da saúde pública, representam medidas essenciais.

Com ênfase na humanização do cuidado, busca-se a construção de novos saberes, o entendimento de suas competências no âmbito do conhecimento aplicado, além do desenvolvimento de práticas adequadas às demandas de uma população em permanente

transformação social, cultural e comportamental. Para tanto, ponderam-se fatores determinados pela alteração do quadro epidemiológico de diversas doenças, novas exigências da saúde pública, em virtude do aumento da expectativa de vida, e o cenário duradouro das desigualdades sociais (FARIA; SANTOS, 2011). Nesse caminho, Barbosa et al. (2010) consideram que o grande estímulo para o alcance dessas habilidades é a formação do fisioterapeuta privilegiar as práticas de saúde coletiva. A concepção da Fisioterapia deve ser adequada e sua formação deve considerar conteúdos para além das especialidades, contemplando as políticas de saúde, para que a profissão corresponda aos pressupostos do SUS.

Na atualidade, reconhece-se que um dos pontos fortes da educação está na procura por métodos inovadores que notabilizem uma atuação pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, que transcenda as marcas de uma capacitação exclusivamente técnica, para uma formação do ser humano como protagonista histórico-cultural fundamentado na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE et al., 2008). As metodologias ativas de ensino e aprendizagem destacam-se pelo foco em torno da articulação entre a instituição de ensino, os serviços de saúde e a comunidade. Assim, com uma matriz curricular dirigida pela problematização, o sujeito em formação se aproxima de conhecimentos e realidades que o estimulam a refletir e (re)significar os novos saberes, promovendo o seu próprio aperfeiçoamento por meio da capacidade para tomada de decisões (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

O progresso e a consolidação de uma profissão advêm do trabalho dos profissionais em expandir e qualificar o conjunto do conhecimento acessível para a prática profissional de modo a torná-lo capaz de desenvolver diretrizes para uma atuação eficaz (COURY; VILELLA, 2009). A Fisioterapia, atrelando as suas produções científicas em sua perspectiva pragmática, carece da estruturação de um pertinente marco teórico que alicerce a interação dos diferentes membros e fatores sociais do objeto de sua atuação, correspondendo às peculiaridades das distintas circunstâncias sociais e dos aspectos éticos (MARTÍNEZ; ROLDAN; GALLUT, 2008).

A formação dos profissionais de saúde para a atenção preventiva e educativa é essencial para colaborar com a qualidade de vida da população. Como já mencionado, além das DCN/Fisio, o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta é outro documento cujo teor aponta para uma assistência que sobressai a atenção curativa e reabilitadora, a qual expressa, além dos enunciados referentes à recuperação, a promoção da saúde do indivíduo e o envolvimento nos programas de assistência à comunidade (SILVA; DA ROS, 2007).

Ainda assim, o modelo biologicista prevalece na maioria dos cursos da área da saúde, incluindo a Fisioterapia, focado na doença e no tratamento, sendo exíguo para corresponder às necessidades da conjuntura sanitária atual. Medeiros, Pivetta e Mayer (2012) ressaltam que a estratégia de ensino continua sendo multidisciplinar, com especialidades e ações isoladas que fragmentam os conhecimentos e limitam as possibilidades de aprendizagem nos cenários de práticas.

Além do conhecimento técnico e biológico, compreende-se que a formação dos profissionais da saúde necessita estar em consonância com a realidade da população. Esse entendimento é essencial para reconhecer as causas dos problemas de saúde, sendo, dessa forma, viável adequar uma prática intervencionista para outra que favoreça a autonomia dos usuários, a cooperação social e o fortalecimento dos vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade assistida (COTTA et al., 2007). Logo, o processo de formação em Fisioterapia, que até hoje é influenciado pela herança do modelo biomédico, apoiado na concepção das especialidades e capacitando fisioterapeutas para lidar com doenças e incapacidades nos segmentos corporais, passa a refletir acerca da sua atuação e contribuição nas instâncias da atenção à saúde, conforme o modelo proposto pelo SUS (MARÃES et al., 2010).

A estrutura curricular dos cursos de graduação em Fisioterapia precisa instigar a prática dos docentes do curso de Fisioterapia a incluir nas disciplinas componentes e conceitos da esfera social (MEYER; COSTA; GIGO, 2006). Nesse panorama, Medeiros e Neves (2013) enfatizam a necessidade de prover os conteúdos teóricos relacionando-os à construção histórica que os perpassa, com o propósito de oportunizar uma compreensão crítica e ampliada de saúde e seus condicionantes.

Contemplar aspectos do dia a dia para a formação representa uma perspectiva legal para que a atuação profissional seja baseada na realidade, de modo a ofertar ações para o cotidiano das comunidades. Em contrapartida, esta deliberação não é suficiente para garantir uma prática integral efetiva, posto que o fisioterapeuta, como profissional da saúde, carrega para a atenção básica suas experiências e referenciais que dão significados para o seu papel como sujeito, sendo alguns obtidos e consolidados em seu próprio período de formação acadêmica (FRANCO et al., 2009).

Assim sendo, são fundamentais estratégias que possam subsidiar mudanças no perfil dos sujeitos envolvidos nos cenários de práticas, como docentes, discentes e/ou profissionais, com a finalidade de fomentar meios para reorientar as ações com base na integralidade, sobressaindo, dessa forma, uma *práxis* que abranja o modelo das experiências concretas desenvolvidas no âmbito da formação em Fisioterapia para a atenção básica, na tentativa de se

aproximar das diretrizes e fundamentos preconizados pelas políticas do SUS. Por conseguinte, ressalta-se a contribuição das instituições formadoras neste processo, na reconstrução dos saberes e dos modelos pedagógicos para o desenvolvimento de conhecimentos críticos e significativos (MEDEIROS; NEVES; 2013).

3.3 A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Historicamente, a Fisioterapia se caracterizou como um núcleo de atuação profissional com perspectiva curativa e reabilitadora. Contudo, possui como objeto de estudo e intervenção o movimento humano, em todas as suas formas de representação e possibilidades, diferenciando as suas alterações e efeitos psíquicos e orgânicos com a finalidade de prevenir distúrbios, bem como preservar, promover e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções. Ao longo de sua consolidação como profissão vinculada à reabilitação, as ações foram norteadas pelo modelo médico-centrado, cuja concepção considera a saúde como inexistência de doenças e, por consequência, enfatiza a avaliação e o tratamento da sintomatologia, supervalorizando a abordagem física do indivíduo (RODRIGUEZ, 2010).

Um modelo assistencial corresponde ao padrão como são estruturadas as ações de atenção à saúde, abrangendo os recursos tecnológicos e assistenciais acessíveis para defrontar e solucionar as questões da sociedade neste âmbito (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007). Nessa conjuntura, o SUS é o produto de embates pela redemocratização do país que ocorreram durante os movimentos de oposição à ditadura militar. Na área da saúde, esse enfrentamento se manifestou com a eclosão da Reforma Sanitária, em resposta ao paradigma tecnicista do conjunto médico-industrial, defendendo saúde para todos por meio da prevenção, promoção e reabilitação, de modo a evidenciar a atenção básica à saúde como referência dessas intervenções (SILVA; SILVEIRA, 2011).

No Brasil, o modelo assistencial experimentou várias adequações desde os anos de 1970, mas sua reconfiguração teve início com base na valorização da atenção básica, cujo conjunto de ações compreende a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, no contexto individual e coletivo. A partir de 1994, este nível de atenção se fortaleceu pela origem do Programa Saúde da Família (PSF), fundamentado pelos preceitos do acesso universal, da integralidade, da humanização, da equidade, da participação social e da coordenação do cuidado, produzido com vínculo e continuidade (BARBOSA et al., 2010).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo propostas para reorganizar a atenção básica, com a finalidade de planejar novas possibilidades de enfrentamento às questões de saúde da população. A portaria do MS N. 648/2006 adequou a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), com o propósito de consolidar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de modo integral, igualitário e equânime.

Posteriormente, esse documento foi revogado pela Portaria N. 2.488/2011, a qual estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, além de aprovar a PNAB para a ESF e o Programa Comunitário de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse âmbito, a atenção à saúde é ofertada na unidade básica de saúde ou no domicílio dos usuários do SUS pelos profissionais das eSF, que desenvolvem ações planejadas de acordo com o perfil epidemiológico da população, reconhecido por meio do cadastramento das famílias adscritas no território de abrangência (BRASIL, 2006, 2011).

Com essa proposta de organização espacial, a estrutura física da ESF não é mais concebida como setor de gerenciamento das ações, passando, assim, a se configurar como espaço onde se observa a interação usuário-serviço no contexto local e a gestão do cuidado de determinada população em tempo e espaço definidos, com condições de saúde específicas. Dessa forma, além de uma delimitação geográfica, uma representação demográfica, epidemiológica, tecnológica, político-administrativa e sociocultural, que o descreve como um território em construção contínua (BARBOSA et al., 2010).

No processo organizativo que visa à efetivação do SUS, destaca-se a importante função da PNAB. Esta política ajustou o financiamento federal para a atenção básica, conseguindo combinar equidade e qualidade. A PNAB integra a atenção básica com propostas importantes do SUS, como, por exemplo, a expansão das ações intersetoriais e de promoção da saúde. Quanto às equipes de atenção básica, estas se articulam às equipes do Programa Melhor em Casa para potencializar as ações e a cobertura da rede de atenção domiciliar. Outra proposta relevante da PNAB dispõe sobre a integração dos sistemas de informação à nova política de regulação, favorecendo o aumento da resolubilidade da atenção básica e a continuidade do cuidado do usuário em outros níveis de atenção (BRASIL, 2012).

Diante dos pressupostos da reorganização do modelo assistencial por meio da atenção básica, a ESF se caracteriza como sendo referência para a transformação do modelo de saúde tradicional. No processo de revigoramento do SUS, esse modelo se desenvolve substancialmente pelos municípios, com o propósito de viabilizar práticas focadas na humanização da assistência e no direito à atenção integral. Nessa lógica, o envolvimento do

fisioterapeuta nas ações de cuidados em saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, é condição fundamental para a produção de uma atenção integral e universal (FARIA; SANTOS, 2011).

A saúde da família tem viabilizado a participação dos fisioterapeutas no desenvolvimento de um cuidado primário à saúde amplo e integral, com maior contato com os demais profissionais e com usuários acompanhados pela ESF, tanto em áreas urbanas quanto rurais (BARROS, 2008). Apesar de não compor a equipe mínima de profissionais da ESF, a consolidação desse modelo de atenção foi fundamental para que a classe de fisioterapeutas ponderasse sobre o seu papel e inserção na atenção básica à saúde, com a pretensão de aperfeiçoar e organizar as ações no sentido de fortalecer as possibilidades de atuação, compatibilizando-as com o conceito ampliado de saúde. Assim, a Fisioterapia ganha relevância com sua atuação para além do contexto da reabilitação, voltada, também, para a prevenção de agravos e promoção da saúde, incitando a mudança do retrato profissional do fisioterapeuta, que ostenta um papel primordial para a qualidade de vida da população (RODRIGUEZ, 2010).

Nessa perspectiva, o fisioterapeuta foi se enquadrando ao modelo da ESF, inicialmente com situações pontuais que progressivamente reforçaram sua importância na produção do cuidado integral, por meio das experiências exitosas em serviço e pelo aumento da quantidade de profissionais que optaram por se especializar no campo da Saúde Coletiva, firmando e intensificando as ações na atenção básica (RODRIGUEZ, 2010). Em 1994, já se discutia a necessidade de ampliar o escopo de atuação da Fisioterapia, quando a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) e a OMS produziram um “Documento de posição Comum sobre a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)”, com a finalidade de propor uma atuação homogênea para a realização de ações relacionadas à RBC (RODRIGUEZ, 2010).

A proposta da RBC foi um paliativo para países em desenvolvimento onde a reabilitação deveria ser feita por pessoas da comunidade e com recursos próprios, não representando efetivamente uma ampliação do escopo da Fisioterapia, mas uma reabilitação simplificada e executada por pessoas da comunidade. Conforme Bourget (2008), essa proposta suscitou o envolvimento de líderes comunitários, pessoas com deficiência e seus familiares, bem como demais usuários dos serviços de saúde, para favorecer com igualdade de oportunidades todas as pessoas da comunidade.

Com isso, vislumbra-se a necessidade de administrar e atender às especificidades da área de abrangência da ESF, considerando-a como um território dinâmico. Nesse sentido, com

o objetivo de fortalecer o SUS a partir da oferta de uma assistência integral, torna-se conveniente a ampliação dos núcleos profissionais que atuam na saúde da família, inserindo outras categorias, com aptidão para resolver tanto questões de saúde como também problemas de natureza política, social, cultural e econômica (BARBOSA et al., 2010).

Durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, foi aprovada a composição de uma equipe multiprofissional para apoiar a equipe mínima da ESF, mediante as necessidades do território de abrangência, na tentativa de ampliar as ações desenvolvidas junto à comunidade. O fisioterapeuta fazia parte desta equipe de apoio conforme a propositura do Projeto de Lei N. 4261/2004. Todavia, a inserção apresentada pelo Ministério da Saúde se fundamentou nos Núcleos de Saúde Integral (NSI). Tais núcleos possuíam um custeio financeiro em função da composição e da modalidade de ação. Os NSI eram constituídos por três modalidades, que incluíam: atividade física e saúde, saúde mental e reabilitação (SILVA; DA ROS, 2007).

Em 2007, esse cenário despertou a mobilização da categoria de fisioterapeutas em âmbito nacional, durante a 13ª CNS realizada em Brasília-DF, sendo debatida e aprovada por consenso a proposta de uma Política Pública de Saúde Funcional pelo SUS. Esta propositura teve sua importância no que se refere à reflexão acerca da necessidade de agregar na atenção básica núcleos de atuação profissional vinculados à reabilitação, como a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Fonoaudiologia. Tais categorias desenvolveriam suas ações na perspectiva de apoiar a articulação da ESF junto à rede atenção à saúde, aumentando, dessa forma, a cobertura e a resolubilidade das ações da atenção básica (RAGASSON, 2006).

No entanto, reverenciando o firmamento da ESF e seus efeitos sobre a saúde da população, particularmente pelo progresso na qualidade e a resolubilidade da atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, por meio da Portaria de N. 154, com o propósito de expandir a cobertura e o leque de ações na atenção básica, almejando maior eficácia e eficiência (BRASIL, 2008).

Segundo Formiga e Ribeiro (2012), a inserção nos NASF evidencia o primeiro envolvimento formal do fisioterapeuta com a atenção básica, se considerarmos uma política de saúde. O profissional do NASF deve desempenhar suas atribuições em conformidade com as diretrizes relacionadas ao contexto da saúde da família, como, por exemplo, o trabalho interdisciplinar e intersetorial; a produção de educação em saúde, tanto de profissionais quanto de usuários assistidos; o exercício da concepção de território; a integralidade; o controle social; a promoção da saúde; e a humanização (BRASIL, 2009).

O NASF é configurado por uma equipe multidisciplinar constituída por profissionais de distintos núcleos do conhecimento, que atuam de forma integrada com os profissionais das equipes mínimas da ESF, na medida em que compartilham as experiências em saúde no território de abrangência. Nessa conformação, o NASF atua nas unidades em que se encontra vinculado a partir de uma dimensão técnico-pedagógica, conferindo apoio às equipes, e em outra dimensão clínico-assistencial, ofertando assistência aos usuários acompanhados pela unidade de saúde da família (BARBOSA et al., 2010).

De acordo com a Portaria N. 154, as ações desses profissionais abrangem as atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência à reabilitação e tratamentos específicos. Com ênfase na saúde da mulher, criança, idoso, adulto, pessoas com deficiência e saúde mental, o NASF promove ações coletivas e/ou individuais no ambiente físico da própria unidade, no domicílio do usuário e ainda nos espaços dos aparelhos sociais dispostos no território (BRASIL, 2008).

Com a criação do NASF, o fisioterapeuta vem obtendo crescente relevância nos serviços de saúde da família. Apesar da possibilidade de inserção desse profissional no NASF, a respectiva portaria faculta ao gestor municipal a inclusão ou não desse núcleo profissional no apoio à ESF. Portanto, a Fisioterapia precisa cada vez mais fortalecer sua atuação para alcançar o status de prática imprescindível para o cuidado na atenção básica (RAGASSON et al., 2006; BARBOSA et al., 2010).

Em municípios do Brasil, algumas experiências revelam que a inserção do fisioterapeuta na ESF potencializa e prospera a produção dos cuidados em saúde à população (SAMPAIO, 2002; FREITAS, 2002; VÉRAS, 2002; BARBOSA et al., 2010). Entretanto, destaca-se que a contribuição da Fisioterapia no NASF é considerada uma prática recente, pelo fato de sua inserção ocorrer de forma processual.

Ainda que a literatura acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica seja considerada limitada, observam-se nas publicações existentes algumas similaridades entre as experiências publicadas. Contudo, por meio dessas publicações, ainda não é possível analisar o quão as ações desenvolvidas se aproximam dos preceitos voltados para a atuação do fisioterapeuta na ESF, conforme os documentos que norteiam a proposta dos NASF (FORMIGA; RIBEIRO, 2012). Atualmente, o Caderno de Atenção Básica N. 39, que dispõe sobre o trabalho do NASF, visa a apoiar e a ofertar meios para a implantação e qualificação do processo de trabalho em conformidade com as diretrizes da política nacional, representando um importante documento para embasar a atuação do fisioterapeuta no âmbito da atenção básica à saúde (BRASIL, 2014). O processo de formação contribui para o perfil

dos profissionais do NASF. Então, para o trabalho na atenção básica, eles precisam ter conhecimento sobre as políticas públicas de saúde e o quadro epidemiológico da população, além de aptidão para atuar em equipe (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Torna-se importante salientar que uma atenção ampliada e o aumento da experiência profissional reorientam o campo de atuação da Fisioterapia. Aos poucos, o fisioterapeuta deve desenvolver sua prática em todos os níveis de atenção à saúde, com enfoque para o movimento humano e sua funcionalidade. A conquista do prestígio profissional tem favorecido seu reconhecimento como protagonista nos serviços de saúde, em especial, no apoio à saúde da família (FARIA; SANTOS, 2011).

3.4 A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

As categorias da saúde compõem um quadro de profissionais destinados a promover atenção à saúde ao ser humano, que representa um ente complexo. Cada núcleo profissional apresenta singularidade em seu escopo teórico e prático, cuja partição favorece a desagregação e alienação do conhecimento. Por isso, ao passo que prejudica a articulação de saberes entre os profissionais, a assistência ao usuário acontece de modo fragmentado e tecnicista, não considerando a dimensão humana e integral (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Um grande desafio no campo da saúde refere-se à inserção de diligências humanizadoras na esfera assistencial, com a sensibilização e qualificação dos recursos humanos que possuem uma graduação acadêmica de natureza, essencialmente tecnicista. Frente às inovações nas políticas de saúde, reivindicam-se adequações na formação dos profissionais, conciliando-as à nova proposta do “fazer saúde”. Assim, tais adequações necessitam abranger mudanças desde o começo da formação e perpetuar-se com a inclusão do profissional no campo de trabalho, com estratégias de educação permanente e continuada (DELIBERATO, 2002).

A evolução da Fisioterapia é marcada pela ampliação do objeto de intervenção e do campo de atuação profissional, sendo importante para o reconhecimento social da profissão perante as demais profissões da saúde (BISPO JÚNIOR, 2013). No entanto, os avanços no sentido de ampliar o foco da atenção fisioterapêutica para o cuidado à saúde das populações não evoluíram na mesma proporção. Apesar desse descompasso, alguns eventos vêm contribuindo para impulsionar mudanças na atuação dos fisioterapeutas. Um deles, no âmbito acadêmico, foi a publicação das DCN (BRASIL, 2002), que estabelecem a formação de um

profissional capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Outro fator, no âmbito da atuação profissional, foi a criação dos NASF pelo Ministério da Saúde, em 2008. Ferreira e Rezende (2016) destacam que, apesar de a implementação do NASF impulsionar maior inserção do fisioterapeuta na atenção básica, os profissionais apresentam restrições no entendimento acerca de sua prática neste nível de atenção, o que aponta a necessidade da formação se adequar às demandas do processo de trabalho deste campo de atuação.

No âmbito da formação em Fisioterapia, o sujeito em processo de formação deve atentar para uma capacitação direcionada fundamentalmente para o ser humano, ampliando a abordagem com foco nos procedimentos técnicos. O futuro trabalhador necessitará abordar a integralidade do sujeito que receberá seus cuidados, contemplando, de forma ética e humana, aspectos de ordem física, psíquica e social. Apesar de possuir meios físicos acessíveis e úteis, a Fisioterapia dispõe do toque de suas mãos como principal recurso, permitindo um cuidado à saúde que reabilita, conforta e cura. O potencial das mãos do fisioterapeuta durante o contato direto entre profissional e paciente favorece a humanização da assistência e o reconhecimento do toque como estratégia para confrontar à superestimação das máquinas (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Como as DCN/Fisio ressaltaram uma formação profissional que lida com as necessidades sociais da saúde, com destaque para o SUS, faz-se necessária a atuação em conformidade com a complexidade do nível de atenção, no sentido de destacar as demandas e especificidades da atenção básica. Considera-se uma responsabilidade do sistema de saúde a oferta de serviços de forma integrada, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, a atenção básica desempenha o papel de porta de entrada preferencial do SUS, caracterizando-se por viabilizar cerca de 90% da resolutividade dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2002, 2006).

A atenção básica também é responsável por gerir o cuidado à saúde dos usuários na rede de serviços, sendo concebida como notável cenário para viabilizar mudanças na capacitação dos profissionais de saúde, na medida em que, para se ajustar ao novo modelo de atenção à saúde, a formação profissional deve ser orientada por uma perspectiva generalista e humanizada em consonância com a realidade social e cultural das pessoas (MADRUGA et al., 2015).

Contextualizando a formação acadêmica em Fisioterapia e a atuação na atenção básica à saúde, a competência do profissional precisa ir além de técnicas e procedimentos terapêuticos. Torna-se essencial compreender as demandas e as dimensões da vida das pessoas e as circunstâncias que envolvem o processo de trabalho. Apesar de que o próprio

sistema esteja se adaptando a um trabalho articulado, isso não representa apenas a busca por equipes de trabalho com núcleos profissionais diversificados, sustentando um cenário que no momento define-se como sendo interdisciplinar. Então, a visão sobre esta atuação deve conceber a flexibilidade dos atores sociais como aspecto primordial para a elaboração de projetos terapêuticos, deixando de desenvolver ações isoladas por meio da contribuição de apenas um profissional (SILVA; DA ROS, 2007).

Embora diversas práticas acadêmicas já tenham compreendido a atenção básica como campo de formação, e as DCN/Fisio terem recomendado que os fisioterapeutas possuam uma formação generalista com aptidão para trabalhar em todos os níveis de atenção à saúde, cabe salientar que a atuação do fisioterapeuta na atenção básica é relativamente recente. A atuação do fisioterapeuta na atenção básica foi regularizada oficialmente em 2008, com a aprovação da Portaria GM N. 154, que estabeleceu o NASF (BRASIL, 2008).

Mesmo com a reorientação do modelo de saúde a partir da atenção básica, as ações preventivas e de promoção da saúde ainda não foram integralmente contempladas na graduação em Fisioterapia (FERNANDES et al., 2016). Os profissionais que estão sendo inseridos no NASF possivelmente tiveram uma formação focada na atuação em serviços de atenção secundária e terciária, inviabilizando um pleno entendimento das políticas públicas de saúde e do trabalho na atenção básica.

A atuação na atenção básica exige um novo agir. Por conta disso, o fisioterapeuta necessita se esforçar para atender à complexidade que abrange a produção de cuidado nos serviços deste âmbito de atenção. Diante da íntima relação do mundo do trabalho com a formação profissional, as necessidades, demandas e exigências do mercado, decorrentes da reestruturação produtiva, são influenciadas pelos processos educacionais do ensino superior (MEDEIROS; NEVES, 2013).

Em contrapartida, a inclusão do fisioterapeuta nos serviços da atenção básica ocorre de forma processual, sendo vista pela comunidade e por muitos profissionais de saúde como uma contribuição destinada ao tratamento de doenças e suas sequelas, por consequência de uma grande demanda por reabilitação, associando, então, sua atuação à gênese da profissão. Essa concepção foi determinante para a fisioterapia ser excluída dos serviços básicos de saúde durante muito tempo, ocasionando uma barreira para o fisioterapeuta atuar na atenção básica e, conseqüentemente, um grande revés no acesso da população a esses profissionais (RODRIGUEZ, 2008).

No que se refere à formação de um profissional com perfil generalista com capacidade de atuar em diferentes níveis de complexidade do SUS, a deficiência dos currículos dos cursos

de graduação em Fisioterapia se configura como uma das principais dificuldades que compromete a intervenção do fisioterapeuta na saúde da população. Considera-se insuficiente a quantidade de currículos que abrange disciplinas voltadas para além da saúde coletiva, sobretudo para a atuação da Fisioterapia na atenção básica (FARIA; SANTOS, 2011).

Portanto, o profissional egresso apresenta limitações para produzir uma visão integral sobre o cuidado à saúde e para desenvolver em sua prática ações de promoção de saúde, favorecendo que a atuação da fisioterapia permaneça com uma concepção predominantemente reabilitadora e tecnicista (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012). Ademais, a realização das atividades práticas dos cursos ocorre predominantemente nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Desde a inserção da Fisioterapia na atenção básica por meio do NASF, discussões foram postas em torno da necessidade de apropriação de novos conhecimentos para ampliar e (re)significar as práticas, imprescindíveis para a atuação neste nível de atenção. Nesse contexto, cabe ao fisioterapeuta, além de estar qualificado por uma técnica adequada, reconhecer as condições e necessidades de saúde das pessoas inseridas na atenção básica (SOUZA; SALDANHA; MELLO, 2014). Fernandes et al. (2016) destacam ser preciso que o fisioterapeuta alcance competências que o capacitem para atuar como profissional do NASF, cuja proposta de trabalho interprofissional requer diálogo, planejamento de trabalho, colaboração e articulação.

Para que o fisioterapeuta possa reconhecer sua prática na atenção básica, a formação deve ser baseada em estratégias metodológicas que fundamentem questões inerentes ao cuidado em saúde conforme a realidade das pessoas, contribuindo para promover melhores condições de vida frente às suas necessidades. Para tanto, os profissionais necessitam estar suficientemente engajados no planejamento de projetos terapêuticos que vão além de uma atuação puramente técnica, distante de ações que visem ao cuidado integral (PIMENTEL; SILVA; LIMA NETO, 2016). Assim, após a formação, os esforços em torno da educação permanente deverão ser aliados à capacidade e destreza para refletir acerca das questões de saúde e do próprio conhecimento de forma integral e humanizada (SILVA; SIVEIRA, 2011).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e inferencial com abordagens quantitativa e qualitativa. Os estudos exploratórios proporcionam maior conhecimento sobre o problema proposto e envolvem elementos processuais, como levantamento bibliográfico e entrevistas com sujeitos envolvidos com a realidade a ser investigada, enquanto a pesquisa descritiva concentra-se na exposição das principais características de determinadas populações ou fenômenos e também envolve elementos processuais para a coleta dos dados, tais como questionários e observações sistemáticas (GIL, 2002).

Na presente investigação, as abordagens quantitativa e qualitativa foram utilizadas com o intuito de complementar uma à outra, pois, à medida que a análise quantitativa viabilizou a ampliação da abrangência do universo pesquisado, a análise qualitativa possibilitou aprofundar a temática estudada, colaborando para uma maior compreensão do tema. A utilização das abordagens quantitativa e qualitativa não é excludente. Elas se complementam, fornecendo resultados interdependentes quando o foco da pesquisa exige um entendimento do contexto social e cultural do objeto eleito para o estudo (MARCONI; LAKATOS, 2009).

A diferença primordial desses dois tipos de abordagens encontra-se em sua natureza, uma vez que a pesquisa qualitativa se debruça sobre o significado das ações e relações humanas, não perceptíveis e não apreendidas pelas equações, médias e estatísticas. Na abordagem quantitativa, por sua vez, a objetividade e a quantificação das variáveis, expressas através de testes estatísticos, são importantes para comprovar ou refutar os questionamentos da pesquisa (MINAYO, 1994).

Os sujeitos do estudo corresponderam aos discentes dos cursos de graduação em Fisioterapia das IES no Estado da Paraíba que no período da coleta de dados estavam matriculados no último ano do curso e que já tinham cursado as disciplinas e/ou estágios referentes à atenção básica. Dentre os discentes, foram excluídos da pesquisa os transferidos de instituições de ensino superior de outros estados e aqueles que tenham concluído outra graduação ou curso de nível técnico em saúde, tendo em vista que as percepções e os conhecimentos adquiridos em outras instituições ou cursos poderiam influenciar a percepção e conhecimento quanto à temática investigada. A pesquisa também envolveu os docentes destas IES que ministram conteúdos voltados para formação do fisioterapeuta para a atenção básica.

A pesquisa foi realizada nas IES que oferecessem o curso de graduação em Fisioterapia e possuíssem turmas concluintes, além de terem aceitado participar do estudo. No período da coleta de dados, o Estado da Paraíba contava com 14 cursos de graduação em Fisioterapia, sendo duas públicas e 12 privadas. Destas IES, três não apresentavam turmas concluintes durante a realização da pesquisa, sendo excluídas da pesquisa; e duas negaram-se a participar do estudo sem motivo aparente.

Para a coleta de dados, foram contatadas as IES cenário da pesquisa, a fim de expor os objetivos e solicitar a participação dos discentes e docentes. Durante apresentação do projeto de pesquisa, foram realizados os esclarecimentos e enfatizada a importância da colaboração por parte dos discentes e docentes para a realização do estudo. Foi garantido o anonimato aos participantes da pesquisa, bem como o direito de retirar-se dela a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo de qualquer natureza.

4.1.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

A abordagem qualitativa foi utilizada com o propósito de verificar a percepção dos discentes e docentes de fisioterapia quanto à formação para atuar na atenção básica à saúde, além de investigar as experiências acadêmicas dos discentes neste nível de atenção. Para a abordagem qualitativa, foram selecionados os discentes e docentes que se dispuseram a participar desta etapa.

A formação profissional para a atenção básica foi investigada na perspectiva dos docentes e discentes, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas. Durante as entrevistas, os dados foram coletados por meio de um gravador de áudio. O pesquisador responsável pela realização das entrevistas utilizou um roteiro para as entrevistas, com tópicos sobre o tema pesquisado. De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004), as entrevistas semiestruturadas partem de determinadas interrogativas básicas que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem um amplo contexto de questionamentos.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas com discentes, foi utilizado um roteiro de entrevista com questões subjetivas, que possibilitou ao respondente a livre colocação de respostas (APÊNDICE A). Para a coleta de dados com os docentes, além do roteiro de entrevista com cinco questões subjetivas, foi utilizado um instrumento que investigou o perfil sociodemográfico e acadêmico (APÊNDICE B). Os dados coletados nas gravações de áudio foram transcritos integralmente para viabilizar a técnica de análise de conteúdo.

Nesta etapa, a quantidade de sujeitos participantes foi estabelecida segundo o critério de saturação das respostas. De acordo com Minayo (2013), o método qualitativo de pesquisa é concebido como aquele que se ocupa do contexto subjetivo e relacional da realidade social, sendo considerado a partir da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais.

Esta abordagem do estudo contou com a participação de 36 discentes matriculados no último ano do curso de Fisioterapia, os quais representaram as nove IES participantes do estudo. Além destes, participaram desta etapa 11 docentes, sendo um docente de cada IES privada e dois docentes de cada IES pública, os quais representaram as nove IES que aceitaram participar do estudo.

4.1.3 ABORDAGEM QUANTITATIVA

A abordagem quantitativa apresentou como objetivos validar o questionário proposto e avaliar o conhecimento dos discentes de Fisioterapia relacionado à formação para atuar na atenção básica à saúde. Esta abordagem teve como população estudada todos os discentes matriculados no último ano dos cursos de graduações pesquisados e que não se enquadraram nos critérios de exclusão.

O conhecimento dos discentes foi avaliado quanto à formação para a atenção básica à saúde, sendo realizada a aplicação de questionário desenhado exclusivamente para este estudo e dirigido aos discentes (APÊNDICE C). O questionário consiste em uma técnica de investigação social constituída por um conjunto de questões que são submetidas a um grupo de pessoas com o objetivo de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado (GIL, 2008).

A primeira parte do questionário trata-se da dimensão sociodemográfica, que buscou informações sobre sexo, idade, estado civil, etnia, instituição de ensino superior e período do curso no qual estavam matriculados, com o propósito de conhecer o perfil do respondente. A segunda parte do questionário abrange 14 questões objetivas elaboradas a partir do conteúdo da PNAB e do Caderno de Atenção Básica N. 39 do NASF, tendo por finalidade avaliar o conhecimento dos discentes de Fisioterapia acerca da atenção básica à saúde. Os itens trataram dos seguintes aspectos, como apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Itens do questionário de pesquisa

Item
Item 01 - Conceito da Atenção Básica
Item 02 - Fundamentos e Diretrizes da Atenção Básica
Item 03 - Características da Atenção Básica
Item 04 - Papel da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde
Item 05 - Especificidades da Estratégia Saúde da Família
Item 06 - Processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica
Item 07 - Atribuições Comuns dos Profissionais
Item 08 - Conceito do NASF
Item 09 - Diretrizes do NASF
Item 10 - Objetivo do NASF
Item 11 - Atividades do NASF
Item 12 - Ações Prioritárias do NASF
Item 13 - Agenda do NASF
Item 14 - Apoio Matricial

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

Diante da inexistência de um instrumento validado em estudos anteriores, surgiu a necessidade de analisar se as questões do instrumento são representativas do conhecimento a ser investigado e se estão adequadas ao propósito da pesquisa. Conforme Raymundo (2009), esse processo é denominado de validade de conteúdo e consiste no julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente abrange os diferentes aspectos do seu objeto. Dessa forma, o questionário de pesquisa utilizado neste estudo passou pelo julgamento de especialistas na atuação da Fisioterapia na atenção básica à saúde.

O instrumento foi submetido inicialmente à validação de conteúdo por seis especialistas. A validação de conteúdo não é medida por dados estatísticos, uma vez que ela resulta do julgamento de juízes ou pessoas com conhecimento na área em estudo (especialistas ou *experts*) que avaliam a representatividade dos itens em relação aos conceitos que se pretende medir (BITTENCOURT et al., 2011). Ou seja, esta validação verifica se os itens do instrumento exploram de maneira efetiva os conceitos investigados sobre determinado tema (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Foram estabelecidos como critérios para a seleção dos especialistas: a área de atuação profissional e o ensino em Fisioterapia no âmbito da atenção básica, com pós-graduação nesta área. A validação dos especialistas consistiu em avaliar criteriosamente as dimensões e os itens do instrumento quanto à objetividade, clareza e precisão no tocante ao que pretende investigar.

Com as informações obtidas na avaliação dos especialistas, foi possível adequar os itens quanto à clareza, objetividade e precisão. Para completar a validação de conteúdo, foi

realizada a análise semântica dos itens, a qual teve a finalidade de verificar se os itens do instrumento são inteligíveis para a população que se deseja investigar. Dessa forma, o instrumento foi submetido à amostra semelhante à população do estudo, como teste piloto. Dez discentes matriculados no último semestre de um curso de Fisioterapia foram incluídos no teste piloto para verificar a inteligibilidade dos itens inseridos no instrumento. Posteriormente, o questionário foi aplicado nas IES, totalizando 474 discentes participantes do estudo.

Inicialmente, os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha eletrônica e em seguida transferidos para um pacote estatístico. Primeiramente, realizou-se a análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis quantitativas do estudo. Em seguida, os dados quantitativos foram analisados por meio da técnica estatística de Teoria de Resposta ao Item (TRI).

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

4.2.1 Análise dos dados qualitativos

4.2.1.1 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo refere-se a um conjunto de técnicas cujo propósito é alcançar, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos discursos, critérios quantitativos ou não que viabilizem a inferência de informações relacionadas às condições de produção/recepção desses discursos. Esta técnica de análise pretende classificar os discursos em temas ou categorias para contribuir com o entendimento do que está por trás do que foi anunciado nas entrevistas (BARDIN, 2011). As etapas descritas por Bardin (2011) para a utilização da análise de conteúdo incluem: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação dos resultados (inferência e interpretação).

Na fase inicial de pré-análise, o material é sistematizado no *corpus* da pesquisa. Selecionam-se os documentos, constroem-se hipóteses e escabelem-se critérios que norteiem a interpretação final. Contudo, é essencial considerar alguns pressupostos: exaustividade - é fundamental esgotar todo o material coletado; representatividade - inclusão de sujeitos que sejam parte representativa do universo inicial; homogeneidade - obedecer a critérios precisos de escolha, para que os dados estejam relacionados ao mesmo objeto, sendo coletados a partir das mesmas técnicas e pesquisadores semelhantes; pertinência - necessidade de que o material

seja coerente ao propósito da pesquisa; exclusividade - um componente não deve ser categorizado em mais de uma classe. O primeiro contato com o conteúdo do material é a fase na qual são formuladas hipóteses e os objetivos da pesquisa.

Em seguida, realiza-se a fase de exploração do material, na qual os dados são codificados sistematicamente e classificados em unidades. A codificação dos dados refere-se à seleção de unidades de registro, as quais representam uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase. Na seleção de critérios de contagem, a presença de unidades de registro pode ser significativa, a depender da frequência em que aparece determinado elemento; da intensidade medida por meio dos tempos verbais, advérbios e adjetivos; da relação favorável, neutra ou desfavorável e demais critérios associados; da sequência estabelecida entre as unidades de registros; e, por último, da concorrência, que diz respeito à presença concomitante de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto.

Na utilização da análise de conteúdo, as categorias são consideradas como temas ou classes que reúnem determinados elementos agrupando características semelhantes. No processo de seleção de categorias, estabelecem-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), lexical (sentido e significado das palavras) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Esse processo viabiliza o agrupamento de uma quantidade considerável de informações sistematizadas em duas etapas: a primeira, na qual se separam os elementos comuns, e a segunda, na qual se classificam os elementos e impõe-se organização.

Por último, na etapa de interpretação dos resultados, faz-se necessário retomar o referencial teórico, buscando embasar as análises para dar sentido à interpretação. As interpretações das análises orientadas por inferências investigam o que está em torno dos significados das palavras, para que expressem com maior robustez os discursos dos sujeitos.

4.2.1.2 Processamento dos dados qualitativos

O tratamento dos dados coletados nas entrevistas foi realizado por meio do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 2015. O ALCESTE é considerado uma ferramenta de análise, podendo ser utilizado em diversos modelos de investigação. Essa ferramenta de análise foi desenvolvida com a finalidade de obter uma classificação estatística de enunciados simples a partir do teste de qui-quadrado (Khi^2), com a distribuição do vocabulário utilizado como base para a análise lexical

das palavras de um conjunto de textos, independentemente da origem de sua produção. Considerado uma ferramenta útil para processar os dados, tal *software* deve ser compreendido, dessa forma, como um recurso que viabiliza a análise qualitativa de dados léxicos para auxiliar e complementar a análise de conteúdo (BENGOUGH et al., 2015).

Cada entrevista foi definida como uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), a partir da qual o programa efetuou o fragmento. Etapa A - o programa reconhece as UCIs separando-as em partes de texto de tamanhos iguais, chamadas Unidades de Contexto Elementar (UCEs), segmentos de textos constituídos de enunciados linguísticos. Assim, as ocorrências das palavras são agrupadas conforme seus radicais e são quantificadas as frequências dessas formas reduzidas. Etapa B – são quantificadas as matrizes de dados e as UCEs são agrupadas em classes. O conjunto das UCEs é classificado de acordo com a frequência de similaridade das palavras. Esta ferramenta de análise utiliza o método de classificação hierárquica descendente e produz a classificação definitiva. Etapa C - obtém-se o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que sinaliza as relações entre as classes e disponibiliza informações que favorecem a descrição de cada uma das classes por meio do vocabulário léxico e das variáveis indicadas nas linhas de comando. Etapa D – selecionam-se as UCEs mais frequentes de cada classe e o vocabulário mais representativo das classes é contextualizado (NÓBREGA et al., 2017).

4.2.2 Análise dos dados quantitativos

4.2.2.1 A Teoria de Resposta ao Item (TRI)

Na avaliação educacional, busca-se construir medida de proficiência a partir de provas com itens de múltipla escolha. Usualmente, a proficiência de um item é medida pelo número de acertos ou por uma função elementar do número de acertos. Uma medida mais elaborada, pode ser construída pela chamada Teoria da Resposta ao Item, ou simplesmente TRI (BARBETTA et al., 2014). Assim, optou-se por utilizar a TRI, que consiste em modelos matemáticos utilizados para representar as relações entre as características individuais do respondente (habilidades) e os parâmetros do item (dificuldade, discriminação, acerto ao acaso) (TOFFOLI; FERREIRA FILHO; ANDRADE, 2013).

Na TRI, a probabilidade de resposta a um item é modelada como função da habilidade de um indivíduo (variável latente, não observável) e de parâmetros que apresentam determinadas propriedades dos itens. Quanto maior a proficiência do indivíduo, maior a

probabilidade de acerto do item (KLEIN, 2009). A TRI é utilizada para investigar dados de respostas a itens em avaliações de desempenho, questionários, entre outros, e aponta meios de representar a probabilidade de um indivíduo responder a um item levando em consideração os seus traços latentes, proficiências ou habilidades, como também algumas características do item (SANTOS, 2009).

A TRI permite o desenvolvimento de escalas de proficiências calibradas, ou seja, possibilita a análise das interações entre os respondentes e os itens (FRANCISCO, 2005). Traços latentes são características do indivíduo que não podem ser observadas diretamente. Logo, tais características são mensuradas por meio de variáveis secundárias que sejam relacionadas com o traço latente em estudo (MOREIRA JÚNIOR, 2010).

Mesmo que tenha iniciado na área de avaliação educacional, a TRI estendeu-se para as mais diversas áreas, sobretudo com o propósito de avaliação (MOREIRA JÚNIOR, 2010). Em diversos países, a TRI tem sido largamente utilizada na avaliação de testes educacionais padronizados, com o objetivo de avaliar habilidades e conhecimentos em testes de múltipla escolha. A literatura sobre o tema tem aumentado nas últimas décadas no Brasil, assim como os estudos que utilizaram a TRI para avaliação de testes nas áreas de gestão, *marketing*, nutrição, qualidade de vida, psiquiatria, psicologia, dentre outras (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

Uma das características importantes da TRI refere-se à não variação dos parâmetros dos itens e às proficiências dos indivíduos. Tanto os parâmetros dos itens obtidos de grupos diferentes de indivíduos testados quanto os parâmetros de proficiência baseados em grupos diferentes de itens são invariantes, com exceção para a escolha de origem e escala. Devido a esta propriedade, associada a outros procedimentos estatísticos, a TRI torna viável a comparação de indivíduos, a estimação da distribuição de proficiências de uma população e o acompanhamento dos progressos de um processo educacional (KLEIN, 2009).

Destarte, a TRI é um potencial procedimento estatístico que surgiu para atender às limitações da Teoria Clássica da Medida (TCM) ou Teoria Clássica do Teste (TCT), teoria que ainda continua sendo utilizada nas avaliações (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000). Na TRI, os itens do teste são analisados conjuntamente, diferentemente da TCM, em que cada item equivale a uma pontuação. A TRI consegue identificar aqueles respondentes que acertam ao acaso, considerando esta característica na nota dos mesmos, como também aqueles que acertam as questões de forma mais coerente são valorizados (MOREIRA JÚNIOR, 2010).

A estratégia de identificar ou mensurar o traço latente consiste em elaborar um teste composto por um conjunto de questões ou itens que representam algum aspecto do traço

latente. O teste pode ser constituído por questões de múltipla escolha com opções de respostas “certa” ou “errada”, ou expressar o nível de concordância quanto ao questionamento, como em uma classificação ou escala tipo *Likert* (PATHAK et al., 2013). Portanto, a característica não observada (traço latente) seria a responsável pelas respostas observadas nos itens (questões) que compõem o teste (WAGNER; HARVEY, 2006). Desse modo, o item é o estímulo ao qual o indivíduo é submetido, e a resposta ao item relaciona-se com o nível de traço latente que o respondente apresenta (PASQUALI, 2007).

Os principais pressupostos para a utilização da maioria dos modelos da TRI tratam-se da unidimensionalidade e a independência local (ANDRADE et al., 2000; EMBRETSON; REISE, 2000). A unidimensionalidade é a premissa de que existem respostas dos indivíduos aos itens, sendo plausível indicar que o comportamento humano é multideterminado. Por isso, os modelos que utilizam essa suposição admitem um traço latente que determina as respostas para o teste (ANDRADE et al., 2000). Este traço se expressa na análise fatorial como fator dominante. De acordo com Andrade et al. (2000), existem outros métodos de avaliação da dimensionalidade, como a análise fatorial tetracórica para itens dicotômicos; a policórica, para itens politômicos e os métodos de máxima verossimilhança.

Apesar de ser complexos, os modelos multidimensionais são utilizados para avaliar testes que possuem múltiplas dimensões de forma concomitante, sem a necessidade de repetir um modelo unidimensional. Então, para a avaliação de instrumentos multidimensionais, é mais comum utilizar análises unidimensionais para cada dimensão. Este método apresenta como premissa básica a independência entre as dimensões, suposição que nem sempre é verdadeira (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

A suposição da independência local refere-se ao fato de que as respostas dos indivíduos a um determinado item são estatisticamente independentes, ou seja, o desempenho em um item não pode ser influenciado pelo desempenho em outro item, visto que cada item é respondido em função da habilidade dominante (PASQUALI, 2007).

Os modelos de resposta ao item podem ser classificados de acordo com os itens (dicotômicos ou escala gradual), número de parâmetros (1, 2 ou 3) e número de habilidades avaliadas (unidimensionais ou multidimensionais). No que diz respeito aos modelos unidimensionais, aqueles que avaliam exclusivamente um traço latente podem ser modelos para respostas dicotômicas (certo e errado) e modelos para respostas graduais (escala *Likert*). Os modelos logísticos para itens dicotômicos são classificados em três tipos, considerando a quantidade de parâmetros utilizados para representar os itens, que são os modelos de 1, 2 e 3 parâmetros.

Portanto, a primeira etapa para utilização da TRI é a estimação dos parâmetros dos itens, que pode ser realizada por modelos estatísticos distintos. A utilização dos modelos depende da diversidade das respostas ao item (dicotômico ou não dicotômico), da dimensionalidade do instrumento (VENDRAMINI; SILVA; CANALE, 2004) e do número de parâmetros a ser avaliados. No caso de itens dicotômicos, a função matemática é atribuída como uma Curva Característica do Item (CCI), enquanto para itens politômicos a relação entre o traço latente e a resposta a uma das categorias determinada pela CCI é denominada como Curva de Resposta à Categoria (CRC) (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

Em relação aos parâmetros considerados para estimar a habilidade do respondente, o modelo de 1 parâmetro é o mais simples, usualmente conhecido como modelo de *Rasch*, que baseia-se apenas no parâmetro da dificuldade dos itens (já que a discriminação “a” é 1 e o acerto ao acaso “c” é 0); o modelo de 2 parâmetros, além da dificuldade, leva em consideração a discriminação dos itens; e, por fim, o modelo de 3 parâmetros, além da dificuldade e discriminação, inclui a probabilidade de acerto ao acaso.

O modelo de 3 parâmetros segue representado da equação a seguir:

$$P\left(X_{ij} = \frac{1}{\theta_j}\right) = c_i + \frac{1 - c_i}{1 + e^{-Da_i(\theta_j - b_i)}}; i = 1, 2, \dots, I; j = 1, 2, \dots, n \quad (1)$$

Onde,

$X_{ij} = 1$, se o indivíduo j responde corretamente o item i ; e 0 caso contrário;

θ_j = habilidade do j -ésimo indivíduo;

a_i = parâmetro de discriminação do item i ;

b_i = parâmetro de dificuldade do item i ;

c_i = parâmetro de acerto casual do item i ;

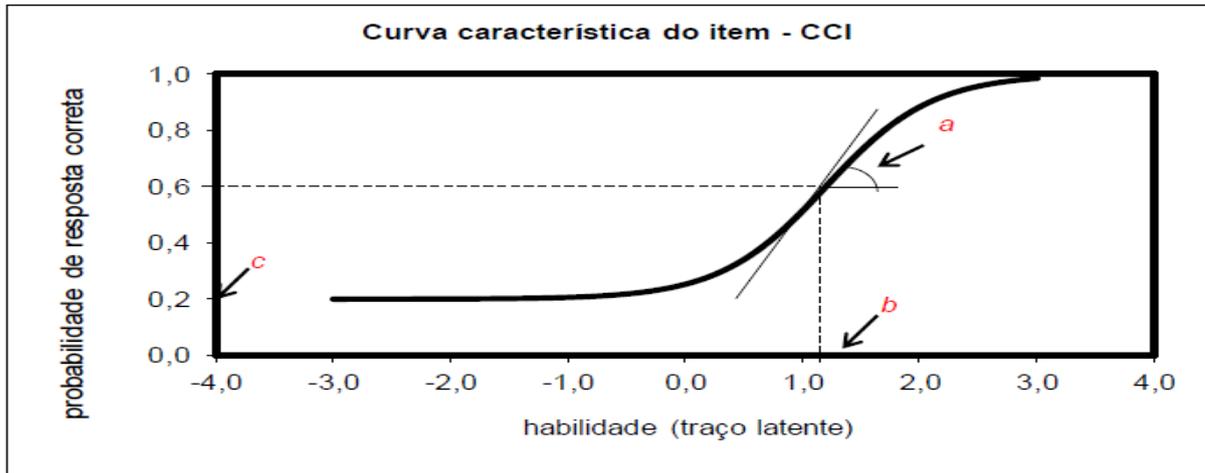
D = constante (cujo valor é 1,7); e

e = base dos logaritmos neperianos.

Os modelos logísticos unidimensionais se caracterizam sobre a forma de modelos encaixados, nos quais a partir de modelo de *Rasch* são incluídos os outros itens, ressaltando que o modelo mais completo apresenta três parâmetros. Esse modelo indica a probabilidade de um determinado indivíduo responder de forma correta ao item em função do seu traço

latente (θ_j), sendo esta probabilidade influenciada pela capacidade de discriminação do item, pela sua dificuldade e a probabilidade de acerto ao acaso. A equação 1 pode ser apresentada pela Curva Característica do Item (CCI), conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 – Curva Característica do Item para Modelo Logístico de 3 Parâmetros



Fonte: Andrade, Tavares e Valle (2000).

A Curva Característica do Item possui a forma de um “S” e expressa a probabilidade de resposta correta no eixo y e a escala de habilidade no eixo x. Cada item do teste apresenta uma CCI, cuja interpretação dos seus parâmetros são descritas a seguir:

- **Discriminação (a):** Parâmetro de discriminação (ou inclinação) do item i , com valor proporcional à inclinação da CCI no ponto b_i (ANJOS; ANDRADE, 2012). A interpretação desse parâmetro está relacionada à capacidade do item em discriminar indivíduos com conhecimentos distintos. Este parâmetro pode se situar no intervalo de $-\infty$ a $+\infty$. Baker (2001) afirma que valores superiores a 0,65 são considerados adequados. Escores de a negativos não são esperados, já que indivíduos mais preparados tendem a responder corretamente aos itens, apresentando, dessa forma, uma relação positiva com este parâmetro;
- **Dificuldade (b):** Parâmetro b do item i , corresponde ao ponto, na escala de aptidão 0, cuja probabilidade de resposta é 0,50. Quanto maior for o b_i , maior deve ser o nível de habilidade exigido para que o respondente possua 50% de chance de acertar o item. Os valores de b comumente se localizam entre -2 e +2 (PASQUALI, 2010). A interpretação deste parâmetro relaciona-se à dificuldade do item, ao passo que quanto maior o seu valor, maior a dificuldade;

- **Acerto ao acaso (c):** Este parâmetro indica a probabilidade de que respondentes com níveis de habilidade muito baixa acertem o item, expressando matematicamente pela assíntota inferior da CCI (PATHAK et al., 2013).
- **Habilidade (θ):** O nível de traço latente do indivíduo, conhecido como habilidade (θ), expressa na CCI a relação entre a probabilidade de responder corretamente o item e o escore de habilidade necessário para tal. A habilidade (θ) pode apresentar valores que variam de $-\infty$ a $+\infty$. Entretanto, Pasquali e Primi (2003) destacaram que, em 99,97% das situações, o escore da habilidade se situa numa escala que vai de -3 a +3.

Além da CCI, a função de informação do item e do teste corresponde a outra relevante ferramenta da TRI, indicando o quão bem cada habilidade pode ser estimada quando se utiliza um conjunto de determinados itens (COUTO; PRIMI, 2011). A função de informação do item foi descrita por Pasquali (2007) como a quantidade de informação psicométrica que um item possui ao longo do traço latente que ele representa. Assim, a soma da informação pertinente a cada item individualmente em um determinado nível de habilidade aponta a função de informação do teste (BAKER, 2001).

4.2.2.1.1 Estimação conjunta dos parâmetros dos itens e das habilidades dos indivíduos

Depois de aplicado o instrumento de pesquisa, a próxima etapa correspondeu à estimação dos parâmetros resultantes da avaliação do conhecimento latente dos indivíduos. Na TRI, o processo de estimação dos parâmetros dos itens é chamado de calibração, sendo mais comum os casos de calibração quando não se conhece nem os parâmetros dos itens nem as habilidades dos respondentes, sendo necessária a estimação de forma conjunta. Nessas situações, a estimação é realizada em duas fases. Na primeira, os parâmetros dos itens são estimados por meio do método da Máxima Verossimilhança Conjunta, Máxima Verossimilhança Marginal ou do Método Bayesiano. Em seguida, será estimada a habilidade (θ) de cada indivíduo. Os parâmetros e a habilidade são estimados em uma mesma escala. Usualmente, adota-se a escala 0,1, levando em consideração a média 0 e o desvio padrão 1 (GUEWEHR, 2007).

4.2.2.1.2 Teste de ajustamento do modelo (goodness of fit)

Após a estimação dos parâmetros dos itens e a habilidade dos indivíduos, faz-se necessário avaliar o ajuste do modelo. Basicamente, existem dois caminhos para verificar o ajuste do modelo: o procedimento gráfico e o procedimento estatístico (PASQUALI, 2007). Um fraco ajuste do modelo pode sugerir os seguintes problemas: os itens não são unidimensionais; outro modelo é mais adequado; os respondentes pertencem a diferentes populações; ou os itens foram mal elaborados.

4.2.2.2 *Análise Fatorial*

Como já apresentado, a unidimensionalidade dos testes é pressuposto necessário para a aplicação dos modelos logísticos da TRI. Por isso, diversos procedimentos foram desenvolvidos com o propósito de avaliar a dimensionalidade dos testes. Dentre eles, podem-se destacar índices baseados em padrões de resposta, confiabilidade, análise dos traços latentes, análise dos componentes principais e análise fatorial (ANDRADE, 2008).

Neste escopo, destaca-se a análise fatorial, que consiste em uma técnica baseada no postulado de que uma série de variáveis observadas pode ser explicada por um número menor de variáveis hipotéticas, não-observáveis, conhecidas como fatores. Para itens de natureza dicotômica, do tipo “certo” ou “errado” utilizados nos testes cognitivos, em que pode ser produzida uma matriz de correlações do tipo tetracórica, a análise fatorial de informação plena (*Full Information Factor Analysis – FIFA*) é usualmente utilizada para investigar a dimensionalidade dos testes. Este procedimento faz uso de padrões distintos de resposta ao item ao invés das intercorrelações, utilizando o modelo multifatorial baseado em estimativas de máxima verossimilhança marginal e no algoritmo EM (*Expectation – Maximization*) (WILSON; WOOD; GIBBONS, 1991). A FIFA possui vantagens em relação aos procedimentos convencionais de constatação da unidimensionalidade, destacando-se: o fato de considerar toda a informação empírica da aplicação do teste; avalia o acerto dado ao acaso; atenta para os casos omissos; e possibilita soluções aos problemas no caso da matriz não positiva-definida (LAROS; PASQUALI; RODRIGUES, 2000; PASQUALI, 2003). A FIFA ainda dispõe de um teste de significância estatístico baseado na distribuição qui-quadrado para analisar a dimensionalidade do conjunto de itens e fornecer significância estatística correspondente ao peso do último fator adicionado ao modelo.

De acordo com Pasquali (2005), a realização da análise fatorial pode seguir as seguintes etapas: 1. *Verificação da fatorabilidade da matriz de correlações*. A primeira etapa a ser realizada em uma análise fatorial consiste em verificar se a matriz de covariâncias de fato tem covariâncias ou se todas as variáveis são independentes. Se todas as variáveis observadas forem independentes, significa que não existem fatores comuns e a análise produzirá tantos fatores quanto forem as variáveis (LAROS; PUENTE-PALACIOS, 2004). 2. *Número de fatores a serem extraídos*. Esse critério baseia-se na consideração de que um fator deve explicar pelo menos a quantidade de variância explicada por uma única variável (LAROS, 2005). 3. *Decisão sobre o tipo de rotação a ser utilizada*. Os métodos de rotação objetivam fortalecer as relações entre as variáveis e facilitar a interpretação dos fatores. 4. *Inspeção das cargas fatoriais*. 5. *Obtenção de índice de fidedignidade*, objetiva estimar a porcentagem da variância verdadeira que um teste está medindo (PASQUALI, 2003b). 6. *Cálculo dos escores fatoriais*. O objeto da análise fatorial é o de reduzir dados. Assim, após a verificação das estruturas fatoriais dos instrumentos, podem ser calculados os escores fatoriais.

Para o ajuste do modelo na análise fatorial, foram analisados os seguintes índices: *Tucker-Lewis Index (TLI)*; *Comparative Fit Index (CFI)*; e *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*. Como critérios de ajuste, foram adotados os seguintes valores: TLI superior a 0,90; CFI superior a 0,90; e RMSEA de 0,05 a 0,08 (MEDEIROS et al., 2015).

CFI é uma medida adicional de ajuste do modelo, utilizada para comparar com modelos alternativos. Seus valores variam de 0 (zero; ajuste nulo) a 1 (um; ajuste perfeito), admitindo-se os valores superiores a 0,90 como indicativo de ajuste aceitável. TLI compara o modelo estimado com um modelo teórico nulo, ou seja, tem por finalidade determinar se todos os indicadores são associados a um único fator latente. Valores superiores a 0,95 indicam um ajuste robusto. RMSEA testa os resíduos entre o modelo teórico estimado e os dados empíricos obtidos. Valores altos são indicativos de um modelo não ajustado, recomendando-se valores próximos ou inferiores a 0,05, admitindo-se até 0,10 como um modelo aceitável (MEDEIROS et al., 2015).

4.3 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa envolveu riscos mínimos aos participantes pela possibilidade de causar constrangimento com a aplicação dos questionários. No caso dos participantes que apresentaram dúvidas, o pesquisador prestou os esclarecimentos necessários. Os riscos citados

justificaram-se pelos benefícios advindos da avaliação da formação em Fisioterapia para atenção básica em saúde, tais como: melhora na formação e conseqüente adequação das atividades profissionais no processo de trabalho da atenção básica; possibilidades de reposicionamento das IES em relação às matrizes curriculares propostas para o processo de formação; e um profissional crítico, reflexivo e questionador adequado às exigências atuais do sistema de saúde brasileiro.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à avaliação da Plataforma Brasil e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, tendo sido aprovado com o Protocolo N. 0288/16 (ANEXO I). Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a realização e a publicação do estudo, sendo respeitadas a autonomia e a garantia do anonimato dos participantes, assegurando sua privacidade, como rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERCEPÇÃO DOS DISCENTES ACERCA DA FORMAÇÃO PARA A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Os participantes desta etapa do estudo foram, em sua maioria, mulheres (69,4%), com 75% estando na faixa etária entre 21 e 30 anos. No que diz respeito às experiências curriculares desenvolvidas no âmbito da atenção básica, 88,9% haviam vivenciado o estágio, enquanto 27,8% sujeitos participaram de projeto de extensão e 3,6% realizaram pesquisa.

Do *corpus* total das entrevistas transcritas, na CHD, foram consideradas 812 UCEs, para análise das 640 UCEs inicialmente divididas. Esta quantidade equivale a um aproveitamento de 79% do conteúdo submetido à análise. Dentre os critérios para o uso adequado deste tipo de análise, está a porcentagem de aproveitamento textual do *corpus* considerado para efetuar a CHD. Diante deste pressuposto, o aproveitamento obtido neste estudo apresentou-se aceitável, pois obteve uma retenção superior a 70% dos segmentos de texto (MELO et al., 2016).

A análise resultou em cinco classes, a saber: Classe 1 – **Aptidão para o trabalho na atenção básica**; Classe 2 – **Vivências práticas na atenção básica**; Classe 3 – **Processo de trabalho na atenção básica**; Classe 4 – **Avaliação da formação para a proposta do NASF**; e Classe 5 – **Dificuldades durante a experiência na atenção básica**. O dendograma (Figura2) representa graficamente a quantidade e composição léxica de classes a partir do agrupamento dos conteúdos mais significativos, fornecendo o valor qui-quadrado decrescente (ALMICO; FARO, 2014). O nome do *corpus* foi definido como **Formação na atenção básica na perspectiva de discentes de Fisioterapia na Paraíba**.

Figura 2 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

Fonte: Dados da pesquisa, Paraíba – 2018.

Classe 1 – Aptidão para o trabalho na atenção básica

Em seu vocabulário semântico, é demonstrado o impacto de termos como áreas de interesse na fisioterapia, níveis de atenção à saúde, recursos da fisioterapia, conhecimentos necessários para o trabalho na atenção básica, política e diretrizes. Apresenta a maior porcentagem de UCEs, representando a necessidade de entendimento sobre pressupostos da atenção básica. O vocabulário característico e o conteúdo apontam uma formação tecnicista, voltada para áreas de atuação especializada da fisioterapia, com menor aprofundamento das especificidades inerentes à atenção básica. Esta realidade gera uma sensação de insegurança e despreparo por parte dos discentes para atuar na atenção básica.

Geralmente, o curso ele não dá atenção a essa parte, é mais voltado para as áreas específicas. Nada na parte global. Eu me sinto preparada pra o NASF se aparecer, neuro, traumato, aí eu me sinto, reumatologia. Por minha preparação, por eu correr atrás e estudar (informação verbal)¹.

¹ Discente n. 32, IES 7, privada, participou de extensão na atenção básica.

O NASF foi discutido em aula, mas eu não tenho nenhum entendimento. Não, nunca ouvi falar sobre esta política [de atenção básica]. Não me sinto preparada, tecnicamente eu estaria preparada (informação verbal)².

Seriano, Muniz e Carvalho (2013), ao verificar a percepção de discentes de Fisioterapia acerca da formação para a atenção básica, constataram que aqueles matriculados no último ano do curso se consideraram estar aptos para atuar neste nível de atenção; já 56,7% dos discentes do 6º ao 8º período revelaram despreparo para tal atuação. Dentre os motivos apontados para a inaptidão, destacam-se a pouca experiência e o conhecimento ainda insuficiente para a atuação neste nível de atenção. Isto demonstra que mais iniciativas necessitam ser tomadas para que a estrutura curricular possa garantir a adequação dos discentes aos princípios e diretrizes do SUS.

Outro estudo que objetivou investigar a relação entre a formação acadêmica em Fisioterapia e o processo de trabalho na atenção básica constatou que, dos níveis de atenção à saúde, os discentes de Fisioterapia se consideram menos habilitados em sua graduação para o nível primário, em oposição aos níveis secundário e terciário (PIMENTEL; SILVA; LIMA NETO, 2016).

Os discentes enaltecem a importância de o fisioterapeuta ter conhecimentos específicos para atuar neste nível de atenção, relacionados à legislação do SUS, políticas de saúde, fundamentos e diretrizes da atenção básica.

Acho que quase tudo nela é importante, você tem que conhecer bem a política pra poder você tá atuando na atenção básica, seguir todos aqueles requisitos. Já ouvi falar sobre o caderno do NASF, mas, assim, não lembro. Pretendo trabalhar na parte tanto de neuroadulto como neuropediatra e traumatologia (informação verbal)³.

[...] As leis que regem o SUS. Enfim, acho que a parte mais histórica do SUS, os nossos direitos, os nossos deveres como profissionais do SUS. Acho que é exatamente isso. Já ouvi falar desta política, mas ler mesmo, não. No primeiro momento, eu gostaria de entrar no NASF, mais pra ter essa experiência, essa oportunidade de conhecer a base da saúde mesmo (informação verbal)⁴.

A exemplo do que ocorre com o trabalho em qualquer outro nível de atenção, a atuação na atenção básica também exige domínio dos conteúdos e técnicas específicas da Fisioterapia. Entretanto, faz-se necessária uma adequação dos procedimentos ao contexto do

² Discente n. 30, IES 6, pública, participou de extensão na atenção básica.

³ Discente n. 11, IES 3, privada.

⁴ Discente n. 25, IES 5, privada, participou de extensão na atenção básica.

trabalho neste nível de atenção. No que concerne aos componentes curriculares voltados para a atenção básica, percebe-se um distanciamento entre as abordagens teóricas e o emprego destas na prática.

O conhecimento da área, porque na fisioterapia são várias áreas de atuação, aí proporcionou pra gente conhecer mais o que é a atenção básica. Eu me sinto apta pra trabalhar no NASF. Os professores deixaram tudo bem claro. O fisioterapeuta tem que saber de terapia manual, cinesioterapia, a própria parte da fisioterapia respiratória, são os que a gente usa bastante (informação verbal)⁵.

O fisioterapeuta precisa ter conhecimento sobre recursos terapêuticos manuais, cinesioterapia, parte de traumatologia ortopedia que a gente usa muito. A parte também da humanização que é muito importante. Vi a política nacional de atenção básica só nas aulas teóricas (informação verbal)⁶.

Constata-se o interesse dos discentes em trabalhar preferencialmente em outros níveis de atenção, sem descartar uma oportunidade de trabalho na atenção básica. Essa preferência pelo trabalho na atenção secundária e terciária pode ser atribuída ao fato de que a formação privilegia experiências na atenção especializada e hospitalar, bem como por ser um trabalho mais valorizado socialmente, contar com mais possibilidades de concurso e de contratação do que o NASF.

Eu conheci a PNAB e o caderno do NASF, mas no momento eu não me lembro. O fisioterapeuta que trabalha no NASF tem que conhecer. Primária não é, não sei, porque eu ainda tô em dúvida em algumas coisas. Eu não me sinto preparada pra atuar no NASF, mas eu também não queria ir trabalhar no NASF (informação verbal)⁷.

Não conheci o caderno do NASF. Preferencialmente seria mais na secundária, porque eu queria trabalhar com ortopedia e traumatologia na parte de mão. Só que eu sou uma pessoa muito indecisa, então eu gosto de várias coisas. Eu gosto também da parte de idosos, gostei da atenção básica (informação verbal)⁸.

Almeida, Martins e Escalda (2014) apontaram a existência de maior valorização para conteúdos técnicos e disciplinas biomédicas por parte das instituições formadoras, ao passo que não favorece contextos que aproximem os campos das ciências da saúde com outros, a exemplo das ciências humanas e sociais. Devido à necessidade para se adequar aos novos modelos de produção do cuidado, a formação dos profissionais da saúde deve ser orientada

⁵ Discente n. 13, IES 3, privada.

⁶ Discente n. 11, IES 3, privada.

⁷ Discente n. 05, IES 1, pública.

⁸ Discente n. 10, IES 2, privada.

por uma perspectiva generalista, humanizada, em consonância com as questões socioculturais da população (MADRUGA et al., 2015).

Os discentes que relataram desconhecer a PNAB e que não se sentem preparados para o trabalho neste nível de atenção à saúde estão evidenciando que não foram desenvolvidas competências e habilidades para esta atuação. Segundo Perrenoud (2000), competência é definida como a capacidade de mobilizar recursos cognitivos para solucionar com pertinência e eficácia situações mais complexas.

No tocante à formação de profissionais de saúde, competência pode ser compreendida como a capacidade de um ser humano cuidar do outro, por meio de conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional (SANTOS, 2011).

Na área da saúde, especificamente na Fisioterapia, faz-se necessária a articulação entre a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias para a atuação profissional. Desta feita, a formação baseada em um currículo por competências representa uma alternativa importante para adequar este modelo de formação.

Classe 2 – Vivências práticas na atenção básica

O conteúdo semântico reúne expressões voltadas para as experiências específicas desenvolvidas na prática durante a formação para a atenção básica, destacando o momento da graduação, o componente curricular que oportunizou tal experiência, o local e os atores envolvidos neste contexto. Revela a aproximação com a atenção básica em distintos momentos da formação, apontando, contudo, que isso não ocorre de forma transversal, ou seja, são vivências pontuais que não estabelecem uma conexão lógica de compreensão compatível com o amadurecimento do discente durante o curso, indo de ações do campo da saúde coletiva até ações do núcleo da Fisioterapia.

No primeiro período, eu fiz a visita técnica. Depois eu fui só no sétimo, que foi materno. No oitavo, saúde coletiva. E nos projetos de extensão, que eu fui para a comunidade. Eu participei do “P” [Projeto de extensão] e do “F” [Projeto de extensão] (informação verbal)⁹.

No começo, quando a gente pagou educação e saúde na comunidade a gente só visitou a USF. Mas aí no sétimo período eu voltei e lá a gente fez diversas atividades (informação verbal)¹⁰.

⁹ Discente n. 04, IES 1, pública, participou de projeto de extensão na atenção básica.

¹⁰ Discente n. 10, IES 2, privada.

A maioria dos discentes teve a oportunidade de vivenciar atividades práticas em disciplinas que abrangem conteúdos voltados para a atenção básica, educação e saúde, comunidade e saúde coletiva, sobretudo no estágio supervisionado realizado no âmbito da Estratégia Saúde da Família, no qual ocorre aproximação com o fisioterapeuta do NASF. O discurso apresentado acima pelo indivíduo n. 4 representa uma vivência diferenciada, quando ele teve contato com a atenção básica em três disciplinas diferentes e participou de dois projetos de extensão com atuação na atenção básica, sendo, dessa forma, uma visão “privilegiada”, uma porquanto maioria dos discentes participantes deste estudo não desenvolveu atividades extensionistas na atenção básica.

Verifica-se ainda, em algumas realidades, que a vivência na atenção básica ocorre de forma tardia, dificultando a compreensão em torno da organização do SUS e do modelo de atenção à saúde.

Foram mais as disciplinas, Educação e Saúde na Comunidade. Eu fiz só os projetos da disciplina mesmo. E o campo de estágio, que foi no período passado... no sétimo período, estágio I. A gente trabalhava mais em relação ao NASF, que foi o atendimento à comunidade (informação verbal)¹¹.

A gente realizou as atividades do estágio no quinto período, foi o nosso primeiro estágio. Foi na unidade de saúde lá do Bairro “G” ... (informação verbal)¹².

Destaca-se a participação de poucos discentes em projetos de extensão desenvolvidos na atenção básica. De modo complementar, esta experiência pode propiciar ao discente maior aptidão e interesse para o trabalho neste nível de atenção. Nessa perspectiva, destaca-se um maior envolvimento de discentes das IES públicas em projetos dessa natureza (do total de estudantes das IES públicas participantes de projetos de extensão neste estudo, 37,5% realizaram extensão na atenção básica; enquanto nas IES privadas 25% dos discentes que participaram de projetos de extensão o realizaram na atenção básica).

Eu participei de um projeto que a gente ia pro posto de saúde, pra escola pública, no posto de saúde dava palestras, tinha uma área lá como se fosse o local dos funcionários, aí reunia todos lá, colocavam cadeiras e a gente dava a palestra (informação verbal)¹³.

¹¹ Discente n. 09, IES 2, privada.

¹² Discente n. 25, IES 5, privada, participou de projeto de extensão na atenção básica.

¹³ Discente n. 29, IES 6, pública, participou de projeto de extensão na atenção básica.

Uma das extensões, a de saúde do trabalhador, foi no sexto período, a disciplina de Saúde Coletiva no oitavo e o Programa Mais Saúde na Comunidade, oitavo e nono períodos (informação verbal)¹⁴.

As atividades realizadas durante a vivência prática incluíram, em sua maioria, as ações com foco na reabilitação, sendo realizados atendimentos individuais no domicílio dos usuários acompanhados. Por sua vez, as ações com a proposta de promoção de saúde e prevenção de doenças foram realizadas, predominantemente, em escolas e creches e na própria unidade de saúde da família. Chama a atenção o fato de que uma das instituições investigadas não oferta experiências práticas na atenção básica, distanciando a formação dos seus discentes do perfil profissional preconizado pelas DCN/Fisio, cujo direcionamento destaca a capacitação do fisioterapeuta em todos os níveis de atenção à saúde.

Foi só mesmo visita domiciliar, creche e na escola (informação verbal)¹⁵.

A gente realizou no PSF. No meu caso, o meu grupo ficou no PSF da “T”, aí estagiamos lá e também fizemos algumas atividades complementares nas escolas, levando palestras, levando conscientização (informação verbal)¹⁶.

A gente fez atividade na unidade de saúde da família, na creche, na escola, tinha um grupo de mulheres que a gente trabalhava com um educador físico do NASF e a gente fazia esse trabalho conjunto com eles (informação verbal)¹⁷.

A gente teve mais atendimento em instituições, mas, assim, atenção básica mesmo a gente não teve. Quando fala em atenção básica é em PSF, nada. Na verdade, eu tô tendo essa experiência por conta da minha pesquisa. Eu acho que perdi por não ter esta experiência, com certeza. Justamente essa questão de você ir a domicílio, o que o pessoal da atenção básica faz (informação verbal)¹⁸.

A atuação da Fisioterapia na atenção básica abrange desde crianças até a população idosa, independentemente de gênero ou acometimento de saúde a partir de diferentes propostas de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação à saúde. Contudo, a atuação do fisioterapeuta apresenta obstáculos em virtude de aspectos físicos e econômicos, que em muitas situações não correspondem satisfatoriamente à execução das ações, além da falta de conhecimento por parte dos demais profissionais sobre as possibilidades da fisioterapia no

¹⁴ Discente n. 02, IES 1, pública, participou de projeto de extensão na atenção básica.

¹⁵ Discente n. 04, IES 1, pública, participou de projeto de extensão na atenção básica.

¹⁶ Discente n. 21, IES 5, privada.

¹⁷ Discente n. 10, IES 2, privada.

¹⁸ Discente n. 16, IES 4, privada.

âmbito da atenção básica, do número restrito de profissionais inseridos neste nível de atenção e o predomínio do foco curativo e reabilitador durante a formação (FONSECA et al., 2016).

O estudo de Fernandes et al. (2016) chama a atenção para um fato preocupante: uma parcela representativa dos profissionais não utiliza as ferramentas de cuidado do NASF. Como exemplo, podem-se citar o projeto terapêutico singular, o projeto saúde no território, dentre outros, durante o cotidiano de trabalho, sendo a assistência reabilitadora mais utilizada por esses profissionais. Outro fato que merece destaque é o fato de que a maioria dos fisioterapeutas apontou que, quando eles iniciam o trabalho no NASF, o conhecimento sobre as atribuições e especificidades do trabalho adquiridos durante a graduação não eram suficientes. Ademais, não receberam qualificação para o trabalho ao iniciar as atividades.

Classe 3 – Processo de trabalho na atenção básica

O seu contexto semântico expressa aspectos relacionados à inserção dos estudantes na realidade dos serviços de atenção básica no que diz respeito ao planejamento das atividades, interação com os profissionais da atenção básica, oferta de cuidados e espaços do território. Demonstra o reconhecimento das atribuições comuns dos profissionais no processo de trabalho na atenção básica segundo a PNAB, o que permitiu uma análise crítica por parte dos discentes.

Porém, nessa palestra, por exemplo, a fisioterapia era responsável nesse dia, mas os outros profissionais podiam contribuir, dar alguma orientação, acrescentar alguma coisa que a gente não falou (informação verbal)¹⁹.

A gente tinha o contato maior com o educador físico e com o nutricionista, e ainda mais com o educador físico. Porém, eu não via que tinha uma junção, interligação entre eles (informação verbal)²⁰.

Apesar da experiência dos discentes na atenção básica vivenciada no cotidiano de uma unidade de saúde da família, percebe-se frágil interlocução entre os discentes e a equipe de profissionais no planejamento e execução das atividades durante o estágio curricular, comprometendo a vertente interdisciplinar da formação e, conseqüentemente, a atuação interprofissional desses futuros profissionais. Entretanto, em situações pontuais, evidencia-se a possibilidade de discussão dos casos acompanhados pelos discentes com os profissionais.

¹⁹ Discente n. 12, IES 3, privada.

²⁰ Discente n. 10, IES 2, privada.

Ressalta-se o maior contato com o agente comunitário de saúde, diante da proximidade deste profissional com a realidade do território e o vínculo estabelecido junto aos usuários.

Mas eu acho que às vezes na prática a gente não vivencia muito isso [relação interprofissional] porque lá tinha praticamente todas as áreas. Tinha psicólogo, tinha assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, a gente poderia ter um contato maior com fisioterapeuta, mas a gente não tinha (informação verbal)²¹.

Então, informações assim a gente levou até ela [agente comunitária de saúde] pra conversar com a médica, pra médica no dia de visita, de atendimento domiciliar pudesse ir lá conversar com a família pra ver a situação daquele paciente (informação verbal)²².

O agente comunitário ele tinha a relação dos pacientes, ela apresentou para o professor e o professor foi fazendo uma filtragem daqueles que seriam acompanhados. O critério utilizado para selecionar era principalmente a equidade de saber quais os pacientes que precisavam mais daquele atendimento (informação verbal)²³.

A formação em saúde necessita estar atrelada à atuação profissional para o SUS, aproximando cada vez mais a formação do modelo de profissional desejado. Na Fisioterapia, os estágios necessitam interagir com o ambiente de trabalho, para que o aluno possa de fato vivenciar o dia a dia da profissão, com os desafios e atividades pertinentes a cada nível de atenção à saúde. Em geral, observa-se uma dicotomia entre ensino e serviço, com as IES “criando” um cenário ideal para atuação dos estudantes, o que se distancia da realidade nos serviços de saúde.

Nesse sentido, desde 2005 foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), visando à articulação ensino-serviço-comunidade. O processo formativo deve ocorrer de forma articulada com o mundo do trabalho, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo, com vistas à transformação das práticas assistenciais baseadas nas necessidades de saúde da população (MARIN et al., 2013).

Os discentes relataram a organização prática do estágio para referir-se ao processo de trabalho realizado na atenção básica, como a programação das atividades, o reconhecimento do território, a seleção dos usuários que seriam acompanhados e a elaboração de materiais e palestras sobre educação em saúde. Apontam ainda as tecnologias de cuidado durante o

²¹ Discente n. 10, IES 2, privada.

²² Discente n. 08, IES 2, privada.

²³ Discente n. 01, IES 1, pública, participou de projeto de extensão na atenção básica.

desenvolvimento das atividades práticas, com destaque para as tecnologias leves nas ações de promoção de saúde.

Enquanto a gente não tava dando palestra, a gente via como era a realidade, a gente andava com os agentes pra saber como era o pessoal da região que era atendido na UBS e também a gente ficou um tempo na farmácia olhando como era a movimentação e na sala de vacinação, só pra conhecer mesmo o ambiente (informação verbal)²⁴.

A gente fez atendimento a domicílio também, a pacientes acamados que não podiam ir até a unidade. A gente fez panfletagem. A gente fazia palestras durante a sala de espera quando tinha alguns pacientes a gente levava alguns temas importantes (informação verbal)²⁵.

A professora passava os pacientes pra a gente, e daí a gente fazia uma avaliação desses pacientes e fazia os objetivos e o tratamento de acordo com as necessidades (informação verbal)²⁶.

O estágio na atenção básica é uma atividade acadêmica na qual o discente deve ser inserido no processo de trabalho dos profissionais da rede de saúde para que se aproximem da rotina profissional. O estudo de Gauer et al. (2017), que procurou identificar ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia, mostrou que os discentes vão ao cenário de prática e realizam diagnósticos situacionais, vulnerabilidades e doenças prevalentes, com o propósito de traçar intervenções. Contudo, não realizam as práticas em conjunto com os profissionais da atenção básica, eSF e NASF.

Não obstante, cabe destacar que a diversidade de ações relatadas nos discursos dos discentes reflete o processo pedagógico orientado pelos docentes, sem necessariamente representar a prática cotidiana dos profissionais da equipe. Como o fisioterapeuta não está inserido na eSF, apenas no NASF, nem todas as unidades de saúde têm a presença deste profissional. Portanto, a organização das atividades do estágio deve ter como proposta norteadora o trabalho dos profissionais do NASF.

Santos (2015) enfatizou a necessidade de os profissionais da equipe conduzirem o processo de trabalho por meio das tecnologias leves, centrado nas relações, o que propicia a prática do acolhimento, o estabelecimento de vínculo na relação entre o profissional de saúde e o usuário, assim como a negociação de projetos terapêuticos, sobretudo em âmbito familiar.

As diretrizes que orientam o processo de trabalho do NASF requerem o envolvimento da integração entre a gestão, equipes NASF e eSF no planejamento de ações desses

²⁴ Discente n. 26, IES 6, pública.

²⁵ Discente n. 07, IES 2, privada.

²⁶ Discente n. 30, IES 6, pública, participou de extensão na atenção básica.

profissionais. Nesse panorama, destaca-se como fundamento importante do NASF a necessidade de incluir momentos de reunião para acordo e negociação do processo de trabalho por meio de discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade e avaliação, entre outros (BRAGHINI; FERRETI; FERRAZ, 2016). Araújo (2015) reforça esse pressuposto, considerando a reunião entre as equipes como uma iniciativa fundamental que compõe as atividades que devem ser realizadas pela equipe do NASF, abrangendo discussões acerca de prioridades, critérios de encaminhamento, discussões de casos, construção de projetos terapêuticos, planejamento de ações/intervenções compartilhadas. Esses aspectos são imprescindíveis para a organização do trabalho da equipe e construção de projetos terapêuticos.

Classe 4 – Avaliação da formação para o trabalho no NASF

Essa classe traz em seu vocabulário semântico a percepção crítica dos discentes no que diz respeito às experiências acadêmicas no contexto da atuação do fisioterapeuta na atenção básica e no NASF. Os discentes apontaram pontos positivos e negativos desta formação, reconhecendo os limites da formação. É necessário se inserir no mercado de trabalho, além de buscar aprimoramento e qualificação.

A gente nunca vai sair de uma graduação pronto, sempre vai ter ponto positivo e negativo. Então a pessoa que tem que buscar (informação verbal)²⁷.

Porque nem todo mundo sai preparado daqui, né? A gente sai muito com a teoria, mas a prática mesmo é no dia a dia que a gente vai viver lá fora (informação verbal)²⁸.

Em relação à proposta do NASF observa-se que alguns discentes têm uma visão simplista, concebendo-a como uma equipe multiprofissional que atua na assistência aos usuários. Percebe-se uma limitação teórica e prática neste sentido, ao tempo em que esses discentes não recordam os pressupostos teóricos da atuação profissional do NASF, evidenciam que a prática durante a academia não está em consonância com suas diretrizes.

O NASF é o núcleo de atendimento né, o sistema de equipe multidisciplinar e aí vai dar aquele suporte aos que precisam de atendimento. A parte teórica

²⁷ Discente n. 07, IES 2, privada.

²⁸ Discente n. 19, IES 4, privada, não vivenciou estágio na atenção básica.

desta política, sim, mas a prática a gente não [teve]. A disciplina lembro não, mas a gente viu (informação verbal)²⁹.

O NASF, pelo que eu entendo, é uma equipe de apoio que ela só vai atuar quando há necessidade, quando a equipe mínima convoca. Eu acho fundamental, mas às vezes, pelo menos aqui “neste município”, muitas vezes o fisioterapeuta acaba se restringindo mais à parte de gestão, né, à parte administrativa (informação verbal)³⁰.

Conforme exposto no Caderno de Atenção Básica N. 39, o trabalho do NASF deve ser orientado pela perspectiva do apoio matricial. Nordi e Aciole (2017) reconhecem que a necessidade de agregar a proposta do apoio matricial ao trabalho do NASF já é uma realidade no campo da atenção básica. No entanto, assinalaram que a implementação desse processo apresenta fragilidades e potencialidades. Existem barreiras de entendimento desta proposta, com ênfase na visão biologicista e curativa de alguns profissionais e dos próprios limites no que diz respeito à falta de resolutividade nos problemas da população, além da grande demanda. Destaca-se que a integração entre os profissionais possibilita práticas compartilhadas, articulação das ações, o trabalho interprofissional e a elaboração de projetos terapêuticos (NORDI; ACIOLE, 2017).

As diretrizes para a formação dos profissionais que realizam práticas de apoio matricial estão em processo de construção. Entretanto, é necessário que possuam uma formação que os habilite em situações específicas ao seu núcleo de saber e ainda em habilidades para planejamento de ações no território por meio da análise das necessidades, condução de grupos e discussão de casos na perspectiva interprofissional (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017).

Nessa direção, na avaliação da formação para a atenção básica, dentre os pontos negativos considerados pelos discentes, destaca-se o foco nas ações de reabilitação, o qual restringe as diversas possibilidades de atuação do fisioterapeuta, particularmente no que concerne à prática na perspectiva do NASF. Dentre as funções e responsabilidades do NASF e eSF, estão as ações de promoção, prevenção, tratamento, redução de danos, coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde, como também a reabilitação. Salienta-se, assim, que a reabilitação também faz parte das atribuições dos profissionais da atenção básica à saúde (BRASIL, 2014). O desafio está em conciliar as demandas por ações de reabilitação, que são frequentes, com a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que usualmente não são solicitadas. Muitas vezes, sequer são valorizadas pela população.

²⁹ Discente n. 16, discente de IES 4, privada, desenvolveu pesquisa na atenção básica.

³⁰ Discente n. 04, IES 1, pública.

Então, acho que o ponto falho é esse, a gente deveria ter mais contato com a realidade. Pelo menos ir pra palestras que são promovidas. Enfim, a gente ficou um pouquinho limitado a isso. Eu acho que quando a gente se forma a gente fica muito centrado na reabilitação (informação verbal)³¹.

Então, existe uma distância. Eu acharia que deveria ter mais profissionais da área pra dar um apoio maior, porque a necessidade é grande. O NASF, o programa é bastante interessante, no papel. E muitas vezes funciona, mas não tá funcionando bem por conta dessa distância (informação verbal)³².

Outro ponto crítico levantado é o modo como os profissionais do NASF exercem sua prática de forma heterogênea nos diversos municípios do Estado investigado. Tal fato se deve a diversos fatores; dentre eles, podem-se ressaltar questões relacionadas à formação desses profissionais, que não possibilitou se apropriarem das diretrizes que deveriam embasar sua atuação, como também questões relativas à gestão, cujas orientações para o trabalho do NASF não condizem com o que está proposto nos documentos norteadores da atuação na atenção básica.

Aqui em João Pessoa, muitas vezes o fisioterapeuta acaba se restringindo mais à parte de gestão, né? Isso, ao meu ver, não é legal. Eu acho importante ir até a casa do paciente, conhecer a realidade, fazer o tratamento, se for preciso, acompanhar mais os usuários (informação verbal)³³.

A gente vivenciou a atuação do fisioterapeuta do NASF em João Pessoa e Cabedelo. E a diferença que eu notei é que em João Pessoa ele funciona mais como um gestor da unidade e em Cabedelo ele atua como fisioterapeuta (informação verbal)³⁴.

A própria oportunidade de vivenciar experiências na atenção básica é reconhecida pelos discentes como ponto positivo na formação em Fisioterapia, tendo em vista que a formação, por ser predominantemente tecnicista, dispõe de uma maior concentração de componentes práticos na clínica escola, centros especializados e serviços hospitalares. Outro fator considerado importante durante a vivência neste nível de atenção é a possibilidade de integração com outras categorias profissionais, a qual se configura como um ambiente propício às práticas interprofissionais.

Compreender de fato o que é a atenção básica na atuação do fisioterapeuta. Como o fisioterapeuta atua na atenção básica é um ponto bastante positivo,

³¹ Discente n. 25, IES 5, privada, participou de projeto de extensão na atenção básica.

³² Discente n. 23, IES 5, privada.

³³ Discente n. 04, IES 1, pública.

³⁴ Discente n. 06, IES 2, privada.

porque você tem a questão da teoria, mas quando você vai pra prática você realmente entende e compreende (informação verbal)³⁵.

Minha formação na atenção básica foi boa, porque a gente aprende como atuar junto com outra equipe, né? Porque o NASF vai ser uma equipe multidisciplinar, multiprofissional, que a gente vai atuar e trabalhar em equipe, vai trabalhar junto um ajudando ao outro (informação verbal)³⁶.

No estudo de Barbosa et al. (2010), que se propôs a identificar aspectos facilitadores e barreiras da atuação do fisioterapeuta no NASF, questões importantes foram apontadas por fisioterapeutas em suas funções na atenção básica. Uma das questões levantadas foi relativa à formação assistencialista e clínica, vista como obstáculo para se aproximarem dos preceitos do SUS, restringindo-os cada vez mais aos conhecimentos e procedimentos técnicos.

A importância da experiência na atenção básica é que a gente aprende a lidar com a vida do jeito que ela aparece pra gente. Se ela vai aparecer com bons recursos ou com pequenos recursos. E a gente vai ter que trabalhar com aquilo que a gente tem e sempre buscando o melhor para o paciente (informação verbal)³⁷.

É de extrema importância a experiência na atenção básica para a formação do fisioterapeuta, principalmente porque a gente tem uma formação muito aqui na universidade, principalmente, em clínica, no hospital (informação verbal)³⁸.

Destaca-se a importância da experiência na atenção básica para ampliar o escopo de atuação do fisioterapeuta e orientá-la no sentido das necessidades das pessoas. A partir da proximidade com essas necessidades dos usuários, torna-se possível compreender os determinantes sociais e realizar ações que possam contribuir para dar resolutividade aos problemas de saúde. Em estudo realizado por Ribeiro (2009), observou-se que a atuação na atenção básica possibilitou aos estudantes reorientar suas práticas, uma vez que o profissional tem a oportunidade de compreender que as ações específicas de sua profissão são insuficientes para dar conta dos problemas que comprometem a saúde das coletividades, mesmo que se trabalhe em uma perspectiva interdisciplinar.

³⁵ Discente n. 33, IES 8, privada, participou de extensão na atenção básica.

³⁶ Discente n. 11, IES 3, privada.

³⁷ Discente n. 11, IES 3, privada.

³⁸ Discente n. 01, IES 1, pública.

Classe 5 – Dificuldades durante a experiência na atenção básica

O repertório semântico apresenta como dificuldades elementos relacionados à carga horária da vivência na atenção básica, recursos materiais disponíveis para realizar as ações e a ênfase na abordagem assistencial. O pouco tempo das vivências na atenção básica nos componentes curriculares limita o contato com diferentes situações existentes no território de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Nesse diapasão, os discentes reconhecem a necessidade de intervir em situações diversas, inclusive naquelas que envolvem a oferta de cuidados em grupos.

E eu acho que é bom porque a gente consegue ver todo tipo de paciente. Porém, eu acredito que a gente precisaria de mais tempo na atenção básica. Eu acho que é pouco tempo seis meses, porque a gente chega ali e não tem contato com tudo (informação verbal)³⁹.

Em grupo, a gente só fez mais na creche e na escola, mas com os pacientes adultos a gente não conseguiu realizar [atividades] (informação verbal)⁴⁰.

Constata-se que os discentes sentem a necessidade de empregar recursos para desenvolver as ações na prática da Fisioterapia na atenção básica. Na medida em que fazem um contraponto com outros locais de atuação em seus discursos, verifica-se mais uma vez a proposta reabilitadora ocupando patamar de destaque em relação às práticas de promoção da saúde.

A gente vai usar os recursos que a gente tem naquele momento, porque, assim, a gente tá numa área hospitalar, em clínica a gente tem vários recursos de materiais e quando você tá atendendo a domicílio ou na USF os recursos são totalmente diferentes (informação verbal)⁴¹.

Quanto à falta de recursos físicos para atuação do fisioterapeuta nos serviços básicos de saúde, é importante destacar que tem sido um problema que estimula gestores a não contratar fisioterapeutas para esses serviços. Por outro lado, é preciso adequar as ações fisioterapêuticas ao contexto dos serviços. Em geral, os estudantes consideram essa experiência como um aprendizado e uma oportunidade de valorização da cinesioterapia. Evidentemente, isso não significa desprezar e negar o valor dos recursos. Existem situações que exigem espaços e tecnologias mais elaborados para um cuidado efetivo. O que está posto

³⁹ Discente n. 07, IES 2, privada.

⁴⁰ Discente n. 01, IES 1, pública.

⁴¹ Discente n. 11, IES 3, privada.

como dificuldade reflete a necessidade de desenvolver habilidades para lidar com contextos diferentes em termos das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Gonçalves, Carvalho e Trelha (2012) constataram, por meio da percepção de discentes acerca da atenção básica, que, apesar do foco nas ações curativas destinadas à demanda espontânea, há também a responsabilidade em promover ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Em relação às dificuldades, apontaram a falta de esclarecimento por parte da comunidade quanto ao desenvolvimento de ações que contemplem a educação em saúde, já que consideraram a busca dos usuários pelos serviços prioritariamente para intervenções curativas. Avaliações individuais e encaminhamentos estão relacionados às ações realizadas pelo fisioterapeuta na atenção básica. Dessa forma, o fisioterapeuta também assume o papel de organizar a oferta de cuidado, como uma das atribuições dos profissionais do NASF, com vistas ao delineamento de estratégias para atender às demandas da atenção básica no âmbito da Fisioterapia (BRAGHINI; FERRETI; FERRAZ, 2016).

5.2 PERCEPÇÃO DOS DOCENTES ACERCA DA FORMAÇÃO PARA A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA

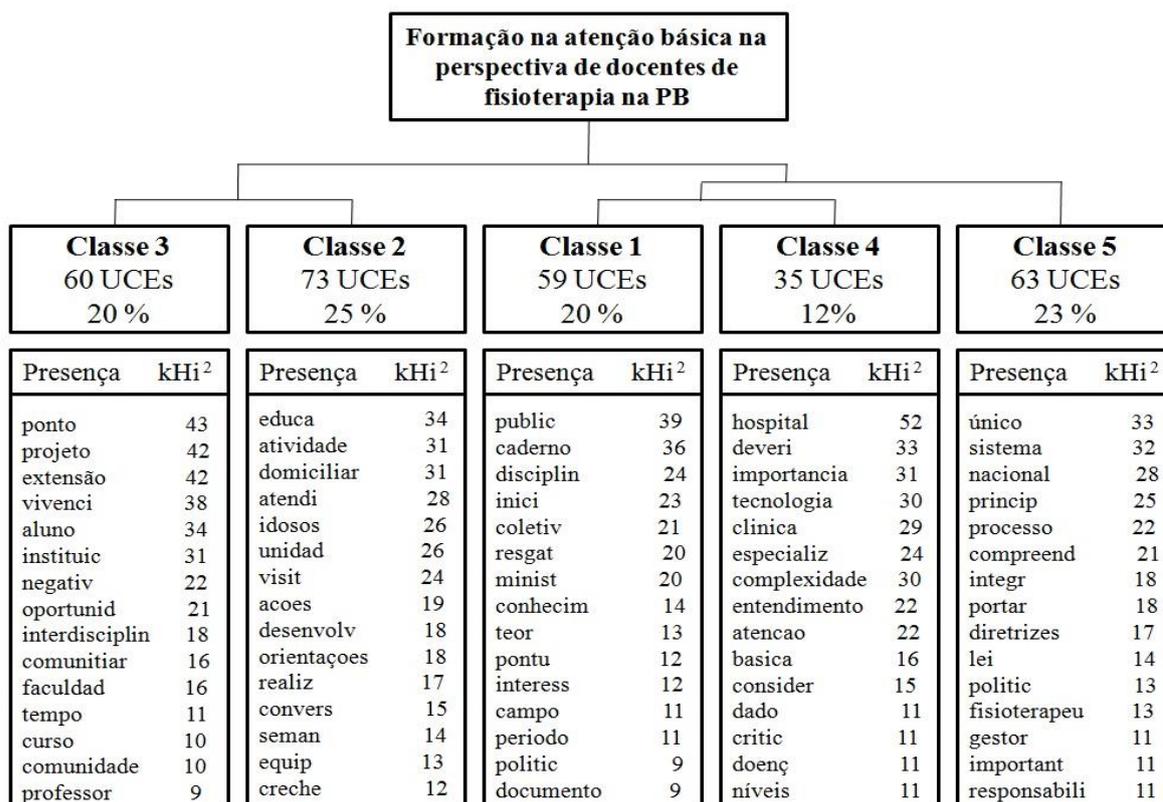
A análise dessa questão se deu a partir das entrevistas com os docentes dos cursos de Fisioterapia participantes do estudo. Os entrevistados eram, em sua maioria, mulheres (63,6%), com 45,4% enquadrando-se na faixa etária entre 31 e 40 anos. Quanto à titulação acadêmica dos docentes, 63,6% eram mestres, 27,3% doutores e 9% especialistas. A maioria concluiu a graduação entre 11 e 20 anos atrás (63,6%), enquanto 18,2% há menos de 10 anos. O mesmo percentual foi verificado para aqueles com mais de 20 anos de formação em Fisioterapia. No que diz respeito às experiências curriculares desenvolvidas no âmbito da atenção básica, 72,7% dos sujeitos participaram de projeto de extensão e pesquisa.

Do *corpus* total das entrevistas transcritas, na CHD, foram inicialmente divididas 403 UCEs, sendo 290 UCEs utilizadas na análise. Esta quantidade equivale a um aproveitamento de 72% do conteúdo submetido à investigação considerado aceitável, pois obteve uma retenção superior a 70% dos segmentos de texto (MELO et al., 2016).

A análise resultou em cinco classes, a saber: Classe 1 – **Aptidão para o trabalho na atenção básica**; Classe 2 – **Vivências práticas na atenção básica**; Classe 3 – **Extensão universitária na atenção básica**; Classe 4 – **Avaliação da formação na atenção básica**; e Classe 5 – **Contexto do fisioterapeuta no NASF**.

O dendograma referente ao *corpus* **Formação na atenção básica na perspectiva de docentes de Fisioterapia na Paraíba** é representado na Figura 2, a qual destaca graficamente a quantidade e composição léxica de classes a partir do agrupamento dos conteúdos mais significativos, fornecendo o valor qui-quadrado decrescente (ALMICO; FARO, 2014).

Figura 3 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Dados da pesquisa, Paraíba – 2018.

Classe 1 – Aptidão teórica para o trabalho na atenção básica

O seu vocabulário semântico demonstra termos relacionados à teoria abordada nas disciplinas, abrangendo o campo da saúde pública e saúde coletiva, política e diretrizes do Ministério da Saúde e conhecimentos necessários para o trabalho na atenção básica. Representa a necessidade de entendimento sobre pressupostos da atenção básica, tendo documentos ministeriais como referência para embasar a formação.

A gente trabalha todas as portarias que lançaram, as políticas prioritárias do ministério. A gente tem, nos últimos anos, também, trabalhado com as redes

de atenção na disciplina de saúde coletiva, no terceiro período, e no sétimo, também, no estágio (informação verbal)⁴².

O vocabulário e o conteúdo presente nos discursos dos docentes apontam para um processo de formação teórico-prático, sendo a teoria abordada com um foco maior no início do curso. Entretanto, constata-se na fala dos docentes que o componente teórico ainda apresenta tempo limitado para explorar os conteúdos necessários para a atuação na atenção básica. Ademais, existe a necessidade de resgatar determinados conteúdos para embasar a prática ao final do curso, como conhecimentos éticos, sociológicos e morais. No processo de aprendizagem, é fundamental a articulação entre teoria e prática orientando a compreensão de saberes, na qual os docentes desempenhem o papel de facilitar essa relação. O atual padrão de ensino é fundamentado pela visão de que, inicialmente, o aluno aprende a teoria para, em seguida, compreender a prática e refletir a realidade. Esse paradigma estabelece a prática como confirmação da teoria, e não como motivação desafiadora, situando-a na maioria dos currículos em forma de estágio ao final da graduação (NÓBREGA-THERRIEN et al., 2015).

Pelo que eu sei, é bem pontual, tem introdução à saúde pública, que eu desconheço a parte prática da disciplina, que é no período inicial do curso. No oitavo período tem saúde coletiva, que é um estágio eminentemente prático na atenção básica... (informação verbal)⁴³.

Tem uma aula logo no início do semestre que a gente faz um resgate muito rápido com a PNAB. A gente não chegou a trabalhar com o caderno do NASF, somente a resolução, a 154 (informação verbal)⁴⁴.

Na disciplina de saúde coletiva eles veem muito superficialmente a questão do NASF. A gente deixa pra aprofundar mais essa questão no sétimo período. Então, eu acho que é pouco, acho que a gente poderia explorar mais a questão da teoria, acho que a gente poderia ter outros momentos pra levar a reflexão (informação verbal)⁴⁵.

Chama a atenção a falta de interação entre as disciplinas, de modo a permitir que as experiências estabeleçam uma sequência integrada e longitudinal durante a graduação. A carga horária das disciplinas e o desinteresse por parte dos discentes no que diz respeito à atenção básica foram identificados como aspectos que dificultam o aproveitamento de conhecimentos inerentes a este nível de atenção. Uma explicação possível para isso é que os currículos privilegiam experiências na atenção especializada e hospitalar em detrimento da

⁴² Docente n. 2, IES 2, privada.

⁴³ Docente n. 10, IES 1, pública.

⁴⁴ Docente n. 6, IES 6, pública.

⁴⁵ Docente n. 3, IES 3, privada.

atenção básica. O estudo de Santos et al. (2015) apontou que a organização da formação em disciplinas que não se articulam limita a formação para a integralidade, assim como a vivência sem a perspectiva da integralidade contribui para a persistência do modelo hegemônico no campo da saúde, com uma perspectiva fragmentada do sujeito.

Não dá tempo, eles veem a PNAB, mas o caderno do NASF não. Eu acho que pra o profissional sair da graduação bem embasado ele deveria ter uma sequência. Então, conhecer profundamente todas as políticas. Pra se conhecer deveria trabalhar em módulo e dentro desses módulos terem, especificamente, a saúde pública em cada âmbito (informação verbal)⁴⁶.

Outro aspecto importante apontado pelos docentes trata-se do desinteresse dos discentes pela atenção básica, dificultando o processo de ensino-aprendizagem. Em outros cursos da saúde, também há falta de interesse por esta área, a exemplo dos discentes da graduação em Medicina. Em estudo que avaliou a desmotivação nos alunos de Medicina, as possíveis hipóteses apontadas foram: pouco prestígio profissional, pouca vivência na atenção básica durante a graduação, baixos salários, perfil tecnológico e científico de outras especialidades, amplitude de conhecimento necessária para exercer a especialidade, dentre outras (CAVALCANTE NETO et al., 2009). Nas graduações em Fisioterapia, é notória a necessidade de buscar estratégias para superar esse empecilho na formação dos discentes.

Ele tem conhecimento, porém, necessita ainda, talvez, de uma sensibilização por parte da docência pra sensibilizar esse aluno dessa atuação. Ele vivencia isso, mas ainda tem enraizada essa questão da reabilitação e, talvez, se tivesse alguma forma, eu não falo nem da parte de conteúdo, alguma forma de sensibilizar o aluno dessa importância (informação verbal)⁴⁷.

Classe 2– Vivências práticas na atenção básica

O conteúdo semântico reúne expressões voltadas para as experiências específicas desenvolvidas na prática durante a formação para a atenção básica, destacando o componente curricular que oportunizou tal experiência, o momento da graduação, a carga horária e os atores envolvidos neste contexto. Aponta que a aproximação com a atenção básica ocorre desde o início do curso, por meio de abordagens teóricas e visitas técnicas. Entretanto, de fato, reconhece-se que o tempo destinado para a vivência nos espaços da atenção básica é insuficiente, limitando a prática acadêmica neste nível de atenção, na medida em que o

⁴⁶ Docente n. 4, IES 4, privada.

⁴⁷ Docente n. 8, IES 8, privada.

discente pode realizar várias ações sem integrar-se ao serviço e deixando de desenvolver vínculo com a comunidade.

Essas atividades começam desde o primeiro período como visitas técnicas, atividades em sala de aula através de aulas expositivas dialogadas e visitas técnicas as unidades de saúde da família (informação verbal)⁴⁸.

Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010) apontaram que a prática de ensino na realidade da atenção básica desde os períodos iniciais da graduação se diferencia de outros aprendizados pela relação de vínculo que os discentes constroem com os usuários e pela perspectiva crítico-reflexiva que desenvolvem ao aprender a aprender com o contexto em que se inserem. Faz-se necessário diluir a experiência dos discentes na atenção básica ao longo do curso, de maneira que o estudante vá se inserindo nos serviços ao longo do curso, desde o início, com objetivos distintos em cada momento. Entretanto, as visitas técnicas somente não propiciam vivência suficiente para o aprendizado do discente, sendo necessárias outras formas de contato com a atenção básica.

Pimentel, Silva e Lima Neto (2016), em estudo realizado em João Pessoa-PB, constataram que, na visão dos docentes, os estágios curriculares de Fisioterapia na atenção básica apresentam carga horária insuficiente; entretanto, têm potencial para estimular o discente para desenvolver suas atividades profissionais neste nível de atenção à saúde.

No componente prático, verifica-se a diversidade de ações realizadas pelos discentes na atenção básica, que incluem as atividades de educação em saúde nos diversos locais do território de abrangência da estratégia saúde da família. Destacam-se, no contexto assistencial, as visitas domiciliares e as ações desenvolvidas com grupos populacionais específicos.

Então, seria orientações básicas, atividade de educação em saúde, basicamente por aí. Tem as visitas domiciliares, tem as salas de espera, nos lares de instituições de longa permanência para idosos, escolas, saúde escolar (informação verbal)⁴⁹.

Então, eles fazem este trabalho com grupos de hipertensos, diabéticos, enfim, toda essa parte de promoção em saúde. Porém, também, quando os alunos chegam lá, eles são fragmentados em forma de rodízio, uma parte fica com educação em saúde e a outra parte vai pra atendimento exclusivamente em domicílio (informação verbal)⁵⁰.

Às vezes, a gente busca outros grupos como salão paroquial, às vezes grupos de idosos nas igrejas, mas o mais comum é a gente fazer esse

⁴⁸ Docente n. 2, IES 2, privada.

⁴⁹ Docente n. 7, IES 7, privada.

⁵⁰ Docente n. 8, IES 8, privada.

acompanhamento na USF ou nas escolas e o acompanhamento nos domicílios daqueles pacientes que realmente são restritos ao ambiente domiciliar (informação verbal)⁵¹.

Na parte prática, a gente faz duas vezes por semana, seis horas semanais, a gente atua na comunidade, na unidade de saúde da família, onde a gente desenvolve atividades de acolhimento na própria unidade (informação verbal)⁵².

Percebe-se um esforço, por parte dos docentes, em estimular o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde. Entretanto, conforme Pinheiro et al. (2015) destacaram, o ensino da promoção da saúde ainda é incipiente, sendo a imprecisão teórica em torno das ações de promoção da saúde um obstáculo para o seu firmamento no ensino de graduação, o que também repercute no trabalho desenvolvido nos serviços de saúde.

Como destacado desde a Carta de Ottawa (1986, p. 01), a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Destaca-se que os espaços de formação profissional precisam capacitar os discentes para realizar as atividades de promoção à saúde, tendo em vista seus cinco campos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema e serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2015); e não somente orientar sobre cuidados com a saúde.

De acordo com Ferreti et al. (2015), a mudança da formação profissional, com adição processual da ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças para além da reabilitação, apresenta-se como pressuposto para a efetivação de um modelo de trabalho, no qual o fisioterapeuta corresponde às demandas do SUS, conforme preconizado pelas DCN para o ensino em saúde desde 2002.

A atuação da Fisioterapia na atenção básica abrange públicos de diferentes faixas etárias e condições de saúde a partir de diferentes propostas de cuidado, como atividades de promoção, prevenção e reabilitação à saúde. Contudo, a atuação do fisioterapeuta apresenta obstáculos em virtude da falta de recursos e infraestrutura adequada, que em muitas situações compromete a execução das ações desenvolvidas, além da falta de conhecimento por parte dos demais profissionais sobre as possibilidades da fisioterapia no âmbito da atenção básica,

⁵¹ Docente n. 6, IES 6, pública.

⁵² Docente n. 3, IES 3, privada.

do número restrito de profissionais inseridos neste nível de atenção e o predomínio do foco curativo e reabilitador durante a formação (FONSECA et al., 2016).

As atividades propostas pelos cursos de graduação em saúde no cenário das unidades de saúde da família viabilizam o processo de ensino-aprendizagem num contexto vinculado à realidade das necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, o envolvimento com diversas situações na atenção básica, além do entendimento acerca das demandas da comunidade e do contexto de vida de cada pessoa, valoriza o processo formativo na graduação (CODATO et al., 2017), como destacado nos discursos abaixo.

Fora esses atendimentos, a gente também aborda o que a gente tem de recurso social no território. Então, atualmente, a gente tem grupo de mães que funciona vizinho a unidade de saúde, aonde a gente uma vez por mês vai lá, a gente escuta a necessidade delas e a partir da necessidade desse grupo de mães a gente traz algum assunto pra gente debater (informação verbal)⁵³.

Tanto na questão da parte física mesmo como tem a parte de orientações que é dado de acordo com a demanda que estes idosos solicitam, a gente faz um diagnóstico situacional previamente... (informação verbal)⁵⁴.

Classe 3 – Extensão universitária na atenção básica

O seu contexto semântico expressa aspectos relacionados a experiências interdisciplinares na comunidade. Ressalta a importância de experiências complementares para vivenciar com maior intensidade o cuidado fisioterapêutico na atenção básica, com ênfase nas ações de educação em saúde e abordagem no contexto familiar.

Como a Fisioterapia é uma profissão muito técnica, então o projeto de extensão tenta mudar essa lógica que a fisioterapia é só reabilitação. Então, acho que é outro ponto positivo é isso, fazer com que os alunos possam vivenciar o cuidado na sua integralidade, o cuidado no todo, eles não vão para lá para fazer somente a fisioterapia, eles vão lá para vivenciar a família (informação verbal)⁵⁵.

Embora a extensão universitária seja considerada uma experiência importante durante a formação universitária, destaca-se que nem todos os cursos de graduação participantes do estudo oferecem oportunidades para a inserção dos discentes em projetos desta natureza, enquanto aquelas que oportunizam o fazem de maneira limitada, porquanto há poucos projetos realizados na atenção básica, levando os discentes de Fisioterapia, por iniciativa

⁵³ Docente n. 3, IES 3, privada.

⁵⁴ Docente n. 8, IES 8, privada.

⁵⁵ Docente n. 5, IES 5, privada.

própria, a buscar projetos em outros cursos da universidade. Diante de tal importância, destaca-se a perspectiva curricular da extensão universitária do Plano Nacional de Educação (2014), a qual indica, no mínimo, 10% do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua proposta, preferencialmente, para os contextos de grande demanda social. Contata-se que os docentes enaltecem as vivências na extensão, sobretudo como alternativa à carga horária insuficiente dos estágios curriculares na atenção básica.

Eles realizam esse projeto que é o cuidado na atenção básica na perspectiva interdisciplinar, com alunos de medicina e enfermagem. Agora, como faz pouco tempo, nem todos os alunos tiveram oportunidade de participar (informação verbal)⁵⁶.

Por iniciativa própria, alguns alunos procuram alguns projetos de extensão na universidade, que não são no curso de Fisioterapia (informação verbal)⁵⁷.

São sete turnos no estágio para o aluno vivenciar a imensidão que a atenção básica tem. Então, quando eles estão pegando o gosto pela coisa, acabou o estágio. Em relação ao projeto de extensão, eu acho que um dos pontos positivos é ter uma carga horária além do curso (informação verbal)⁵⁸.

O trabalho nos projetos de extensão universitária viabiliza a prática das ações de saúde em espaços próximos da realidade das pessoas, permitindo a aproximação dos discentes quanto à situação de saúde da população em seu contexto social. A proximidade com a situação real da vida das pessoas pode trazer sentimentos opostos ao discente. Por um lado, a surpresa ao encontrar uma realidade diferente daquela com a qual está acostumado; por outro lado, um encanto e surpresa pela descoberta do aprendizado junto à comunidade, ensinamentos muito além do conhecimento ministrado em sala de aula (GOMES; MORAIS, 2013). O estágio também poderia proporcionar essa aproximação. Entretanto, na extensão, o estudante tem mais possibilidade de criar vínculos, tanto com a comunidade quanto com o serviço, devido ao tempo de permanência ser maior ao longo do tempo.

Como visto em um dos discursos acima, a extensão universitária favorece a formação interdisciplinar na medida em que oportuniza o trabalho compartilhado de discentes de diferentes cursos de graduação, atuando de forma dialógica e compartilhando objetivos comuns. Assim, projetos dessa natureza proporcionam a prática da interdisciplinaridade,

⁵⁶ Docente n. 3, IES 3, privada.

⁵⁷ Docente n. 1, IES 1, pública.

⁵⁸ Docente n. 5, IES 5, privada.

sobretudo quando currículos mínimos dos cursos disponibilizam cenários de prática onde a proposta interdisciplinar não é contemplada de forma plena (SANTOS et al., 2015).

A experiência em projetos de extensão pode ser um acesso para transformar o perfil dos profissionais egressos, requerendo que esses profissionais ponham em prática o conhecimento acadêmico em uma realidade na qual estão próximos do contexto social (CASTRO; SOUZA; LIMA, 2015). Nesse panorama, Ellery, Bossi e Loiola (2013) destacam que a integração ensino, pesquisa e serviços de saúde desponta como estratégia para aprimorar os regimes de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde. Para Madruga et al. (2015), um dos desafios enfrentados pelas instituições de formação para alcançarem esta integração é a construção e operacionalização de propostas curriculares que viabilizem a realização de atividades de caráter interprofissional.

Classe 4 – Avaliação da formação na atenção básica

A análise dessa classe revela em seu vocabulário semântico a percepção crítica dos docentes quanto às experiências acadêmicas no contexto da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Os docentes consideraram a importância da vivência na atenção básica durante a formação, o que permite ao discente uma ampla compreensão frente às necessidades do sistema de saúde e de seus usuários.

A gente não pode achar que a rede é só atenção especializada e atenção hospitalar. Antes, a Fisioterapia focava muito na atenção especializada, na reabilitação, na atenção hospitalar. Hoje, a gente tem essa experiência na atenção básica, nos possibilita ter um cuidado mais ampliado e a gente tem a possibilidade de realmente facilitar a inclusão desse usuário na rede de saúde (informação verbal)⁵⁹.

Eu acho que a atenção básica tem toda importância, lidar com o ser humano, lógico que você aprende isso em outros níveis, mas lidar com o ser humano com toda sua complexidade, o ser humano no seu momento de autonomia, de poder de decisão, é na atenção básica (informação verbal)⁶⁰.

As unidades de saúde da família se apresentam como ambiente singular na formação profissional por oportunizarem a percepção de ações de promoção à saúde, diagnóstico e acompanhamento das condições de saúde com a possibilidade da compreensão da esfera social no processo saúde-doença. Assim, a experiência do discente na atenção básica pode

⁵⁹ Docente n. 3, IES 3, privada.

⁶⁰ Docente n. 2, IES 2, privada.

corresponder às necessidades da formação contemporânea, centrada em formar sujeitos autônomos, reflexivos e participativos, com discentes assumindo em sua formação protagonismo e corresponsabilidade (CODATO; GARANHANI; GONZÁLEZ, 2017).

Os discursos revelam pontos críticos desta formação, destacando a fragmentação do ensino, onde a atenção básica não perpassa os componentes curriculares, problemática esta que parece ser causada pela resistência em contextualizar a Fisioterapia em todos os níveis de atenção, como também pela falta de interação entre docentes em torno das disciplinas. Isso ocorre, em parte, em virtude do processo de formação hegemônico que esses docentes tiveram, com forte valorização de conteúdos tecnicistas (FREITAS et al., 2016), destinados, exclusivamente, para o exercício da Fisioterapia no âmbito da reabilitação à saúde. Por outro lado, em virtude da estrutura dos currículos dos cursos participantes do estudo, os quais são construídos numa concepção tradicional, conteudista e fragmentada.

As instituições de ensino superior têm sido estimuladas a alterar o ensino, valorizando a equidade e a qualidade da assistência, como também a eficiência e a relevância do trabalho em saúde, tendo o currículo integrado como uma das possibilidades dessa efetivação. A formação do fisioterapeuta precisa ser capaz de desencadear uma visão integral e interdisciplinar, como também possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Nesta perspectiva, faz-se necessária a busca de métodos inovadores de ensino, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, extrapolando os limites do treinamento meramente técnico, para alcançar a formação do profissional como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (GRAVE et al., 2017).

Nesta conjuntura, supõe-se que o egresso possua uma formação limitada, sendo necessário para aqueles que tiverem interesse em atuar neste nível de atenção buscar aprimoramento e qualificação para além do curso de graduação.

Eu acho que o nosso principal nó crítico é essa inversão aonde a gente não tem a atenção básica num eixo horizontal, que deveria transversalizar todo o currículo e toda a formação. E a gente poder a partir desse eixo transversal ir colocando as necessidades. Outro nó crítico que eu vejo, é a fragmentação, aonde cada professor parece isolado dos demais... (informação verbal)⁶¹.

Foi dado dentro da universidade exatamente um introdutório [sobre atenção básica], que, na verdade, aquele que se identifica poderia buscar outros conhecimentos em um *lato sensu*. Infelizmente, a universidade ainda não tem a devida formação voltada para a atenção básica, mesmo porque esse

⁶¹ Docente n. 10, IES 1, pública.

nível de atenção ainda está muito direcionado a determinados professores (informação verbal)⁶².

Eu acho que tem uma fragilidade ainda na formação dos professores (informação verbal)⁶³.

De modo geral, considera-se que o padrão hegemônico de ensino ainda influencia os projetos pedagógicos dos cursos de graduação, estruturados numa proposta curricular limitada quanto à visão integral do ser humano e aos conhecimentos em torno das demandas sociais implicadas no processo saúde-doença, com integração insuficiente dos discentes ao SUS e à saúde coletiva, cabendo aos componentes curriculares voltados à atenção básica esta interlocução. Ferreti et al. (2015) destacam que essas questões são desafios a serem vencidos para que a essência da Fisioterapia não fique marcada pelo estigma profissional da reabilitação.

Classe 5 – Contexto do fisioterapeuta no NASF

O repertório semântico desta classe representa elementos relacionados com o direcionamento do Ministério da Saúde para o trabalho do NASF e a importância em compreender o papel do fisioterapeuta na atenção básica.

A gente faz essa discussão mais profunda de qual é o papel do NASF dentro da atenção básica, mas operacionalizado, o que a gente mais se apegou é a questão da portaria do NASF (informação verbal)⁶⁴.

O NASF, se ele for bem compreendido, tanto pelo controle social, que eu acho que é o principal, e o gestor tiver a sensibilidade de executar as demandas, ele seria muito importante (informação verbal)⁶⁵.

Ele não é a porta de entrada do serviço. Então, enquanto apoio matricial, que é um fundamento principal do NASF. A gente quer que esse fisioterapeuta do NASF não atue apenas na parte assistencial, como a gente percebe em diversos municípios (informação verbal)⁶⁶.

Nesses discursos, nota-se a sensibilidade, por parte dos docentes, quanto à necessidade de adequar o treinamento profissional na atenção básica à proposta do NASF, estimulando os discentes a vivenciar experiências que vão além do cuidado assistencial. Assim, identifica-se

⁶² Docente n. 6, IES 6, pública.

⁶³ Docente n. 2, IES 2, privada.

⁶⁴ Docente n. 3, IES 3, privada.

⁶⁵ Docente n. 10, IES 1, pública.

⁶⁶ Docente n. 5, IES 5, privada.

que essa realidade se contrapõe às expectativas do serviço, que espera dos sujeitos em formação assistência de reabilitação à demanda existente no território. Nesse sentido, fica claro o distanciamento entre as necessidades da formação e as necessidades do serviço, uma vez que há uma expectativa da equipe em relação à demanda por assistência e uma necessidade, sentida pelos docentes, de que os estudantes realizem atividades de prevenção, sobretudo por meio das ações de educação em saúde.

Para Lancman et al. (2013), os profissionais do NASF necessitam adequar sua organização de trabalho frente à orientação em priorizar ações compartilhadas com corresponsabilidade. Tendo em vista a proposta recente do NASF, as ferramentas tecnológicas orientadas por suas diretrizes, a exemplo do matriciamento e do projeto terapêutico singular, ainda são incipientes na rotina nos serviços de atenção básica.

Diante do espaço que o fisioterapeuta tem de se consolidar como profissional na atenção básica por meio do NASF, percebe-se o entendimento da sua proposta por parte dos docentes. Assim como é notória a compreensão de que se faz necessário superar desafios para que o trabalho do fisioterapeuta obtenha maior impacto na saúde da família no país, com aumento da abrangência do escopo de ações e maior esclarecimento do seu público, usuários e profissionais da atenção básica acerca da sua proposta de atuação.

Desse modo, considera-se imprescindível, por parte dos profissionais e gestores, esforços para implementar as ferramentas do NASF no processo de trabalho da saúde da família, podendo ser favorecidos pela ação conjunta de docentes e discentes inseridos no serviço. Nesta direção, Passos e Carvalho (2015) afirmam que formar como meio de integração coletiva requer o planejamento de mudanças na rotina de trabalho com base na relação entre sujeitos envolvidos no contexto de produção de saúde.

Na fala do docente abaixo, pode-se observar a dicotomia existente entre a expectativa do estágio pelos discentes e profissionais do serviço, demonstrando a necessidade de maior integração entre a formação e o serviço de saúde.

Quando a gente chega, por exemplo, no estágio, onde os próprios alunos dizem: “mas a gente não veio só pra atender”, que era essa a expectativa do profissional do serviço... “Não, mas a gente não tá aqui só pra atender” (informação verbal)⁶⁷.

A gente precisa trabalhar no sentido de articular a experiência do estudante universitário dentro da realidade do serviço e nem sempre acontece, principalmente quando se trata da Fisioterapia (informação verbal)⁶⁸.

⁶⁷ Docente n. 2, IES 2, privada.

⁶⁸ Docente n. 11, IES 6, pública.

A afinidade entre a fisioterapia e a saúde coletiva tende a valorizar o campo de atuação do fisioterapeuta, além de subsidiar novos saberes que possibilitam colaborar com qualidade de vida das pessoas a partir da promoção da saúde. Logo, a pretensão em consolidar a atuação fisioterapêutica neste campo precisa ir além do propósito de ampliar o mercado de trabalho, precisa considerar o compromisso social do cuidado (FERRETI et al., 2015). Nesta conjuntura, o processo de ensino-aprendizagem necessita ser motivador para o discente, oportunizando o desenvolvimento de significados, a aquisição de competências para a prática em saúde e a construção de estratégias para superar as próprias limitações (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

5.3 ANÁLISE DE ITENS DO QUESTIONÁRIO

Na análise da TRI, foi adotado um modelo de unidimensional de três parâmetros. A Tabela 1 apresenta as estimativas dos parâmetros de discriminação (a), dificuldade (b) e acerto ao acaso (c).

A discriminação, parâmetro a , é uma propriedade psicométrica importante para o item diferenciar os discentes quanto ao conhecimento acerca dos aspectos relacionados à atenção básica. Os itens que melhor discriminaram os discentes foram 14 ($a_{14}= 4,13$), 12 ($a_{12}= 2,24$), 02 ($a_2= 1,55$), 11 ($a_{11}= 1,44$), 03 ($a_3= 1,42$), 08 ($a_8= 1,31$), 06 ($a_6= 1,25$), 10 ($a_{10}= 1,01$), 04 ($a_4= 0,96$), 07 ($a_7= 0,9$), 09 ($a_9= 0,78$), que têm o parâmetro de discriminação, a , mais elevado ($a > 0,70$).

Em relação à interpretação do parâmetro a , são aceitáveis valores acima de 0,6, sendo que, quanto maior for o valor de a , maior será o poder de discriminação do item (RODRIGUES, 2012; BORTOLOTTI, 2010). No entanto, o item 01 ($a_1= 0,326$) e o item 13 ($a_{13}= 0,521$) ficaram abaixo do critério adotado, indicando pouca discriminação em termos de conhecimento acerca da atenção básica. Já o item 05 ($a_5= - 0,323$) sendo negativo não discrimina os indivíduos. Diante disso, sugere-se a exclusão desses itens do questionário proposto neste estudo.

O parâmetro b , dificuldade, por ser medido na mesma escala do traço latente, fornece local de posicionamento do item na escala. Condiciona-se que seus valores estejam entre -5 e 5 (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Os resultados mostram a maioria dos parâmetros de dificuldade positivos. Dessa forma, os itens 01 ($b_1 = - 6,74$) e 05 ($b_5 = -8,35$) devem ser excluídos por serem muito fáceis. Em termos interpretativos, constata-se que os itens mais

difíceis foram 03 ($b_3 = 2,41$), 14 ($b_{14} = 1,2$) e 11 ($b_{11} = 1,01$), ao passo que os mais fáceis foram os itens 06 ($b_6 = - 0,22$) e 07 ($b_7 = - 0,07$).

O terceiro parâmetro conhecido como c é denominado probabilidade de acerto ao acaso, quando a habilidade do sujeito tende à menor representação possível de θ e, ainda assim, a probabilidade de acerto se mantém diferente de zero. Isso significa que o sujeito tem uma habilidade menor que a exigida para a execução adequada do item e, mesmo assim, sua probabilidade de acerto é diferente de zero (COUTO; PRIMI, 2011). O parâmetro c , por ser uma probabilidade, têm valor entre 0 e 1 (RODRIGUES, 2012). Os itens 02 ($c_2 = 0,41$), 08 ($c_8 = 0,24$), 14 ($c_{14} = 0,21$) e 12 ($c_{12} = 0,2$) foram os que apresentaram maior probabilidade de acerto ao acaso. Adotou-se como critério a probabilidade de acerto ao acaso inferior a 0,25, em virtude das possibilidades de resposta em cada item. Portanto, sugere-se a exclusão do item 02.

Neste trabalho, a construção da escala se baseou no modelo unidimensional, que, como discutido anteriormente, justifica-se devido à presença de uma dimensão dominante. Além disso, o conjunto de itens de modo geral mede um único fator, como expresso pelos índices de ajuste da análise fatorial confirmatória do modelo unidimensional. Apenas os itens 01 e 05 apresentaram carga inferior a 0,3, indicando que estes não parecem bem relacionados com o traço latente. A partir do teste de significância estatístico baseado no qui-quadrado, também, constatou-se a dimensionalidade do conjunto de itens.

Tabela 1 – Parâmetros da TRI e Carga Fatorial de cada item

ITEM	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>Carga Fatorial</i>
I 01 PNAB	0.33*	-6.74**	0.15	0.19****
I 02 PNAB	1.55	0.83	0.41***	0.67
I 03 PNAB	1.42	2.41	0.02	0.64
I 04 PNAB	0.96	0.4	0.14	0.49
I 05 PNAB	-0.32*	-8.35**	0.002	-0.19****
I 06 PNAB	1.25	-0.22	0.18	0.59
I 07 PNAB	0.9	-0.07	0.002	0.47
I 08 NASF	1.31	0.18	0.24	0.61
I 09 NASF	0.78	0.4	0.002	0.42
I 10 NASF	1.01	0.56	0.1	0.51
I 11 NASF	1.44	1.01	0.19	0.65
I 12 NASF	2.24	0.29	0.2	0.8
I 13 NASF	0.52*	0.2	0.07	0.3
I 14 NASF	4.13	1.2	0.21	0.92
p-valor				0.12
RMSEA				0.02
SRMRS				0.04
TLI				0.96
CFI				0.97

*Item com nível de discriminação negativo ou inferior a 0,6.

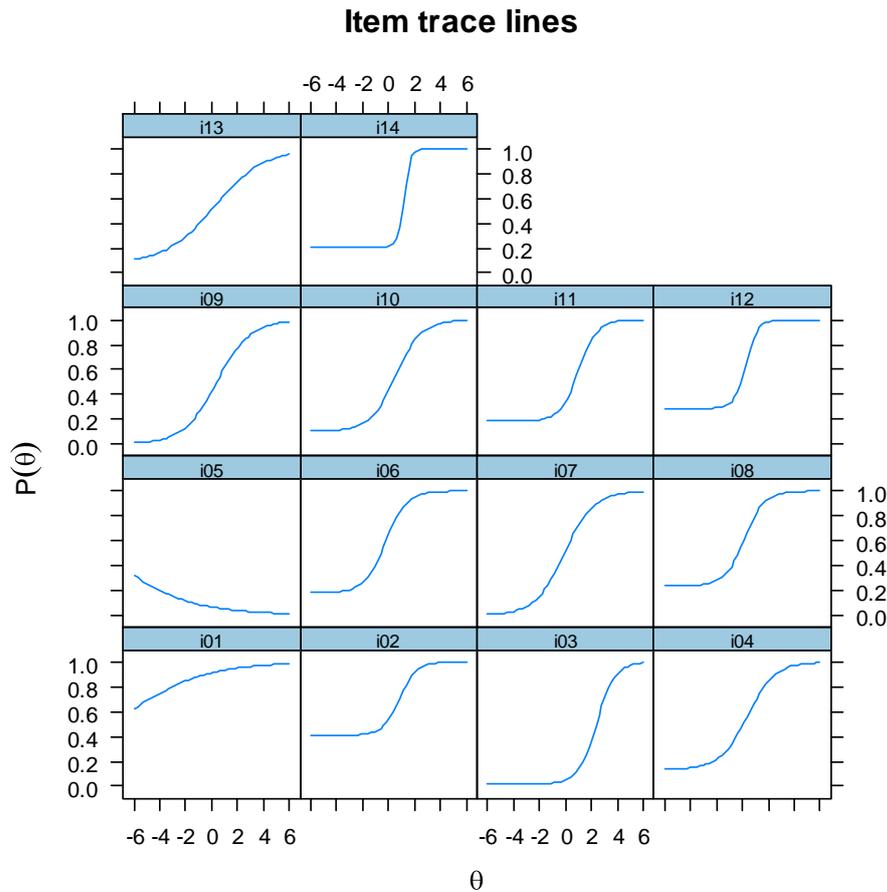
**Item com dificuldade do item inferior a -5.

***Item com probabilidade de acerto ao acaso elevada ($c > 0,25$).

**** Carga fatorial $< 0,3$.

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

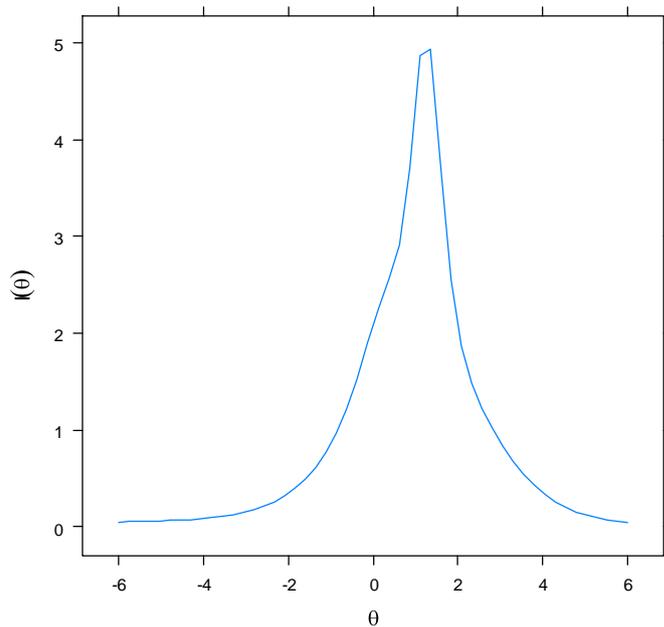
É possível observar na Curva Característica do Item (CCI) que, quanto maior a habilidade do respondente, maior é a probabilidade (eixo vertical) de ele responder corretamente ao item. A escala utilizada é a (0,1), ou seja, a média é igual a zero e o desvio padrão igual a 1. Traçando-se uma linha vertical em uma habilidade, na interseção desta linha com a CCI, obtém-se a probabilidade de um respondente com aquela habilidade responder corretamente ao item. Observe-se que, quanto mais para a direita está a CCI, mais difícil é o item. As curvas características dos itens podem ser vistas na figura 4, indicando um bom comportamento dos itens para discriminar os discentes quanto ao seu nível de conhecimento sobre os aspectos investigados, com exceção dos itens 01, 05 e 13.

Figura 4 – CCI para cada item do questionário

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

Outra característica da TRI é a possibilidade de traçar a curva de informação do teste (FIT), também denominada função de informação do teste, encarado como uma medida de fidedignidade da TRI (BARBETTA et al., 2014). Verifica-se, na Figura 5, que a curva é mais alta na região com θ entre zero e dois, ou seja, esse instrumento fornece mais informação (ou avalia de forma mais precisa) indivíduos com proficiência entre a média e dois desvios padrões acima da média. Desse modo, quanto maior a informação do teste, melhor será a precisão da medida desenvolvida (PASQUALI, 2013).

Figura 5 – Função de informação do teste
Test Information



Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

Uma avaliação em larga escala como a proposta neste estudo exerce forte influência sobre as políticas educacionais, sobre os currículos das instituições que fazem parte do processo e sobre o futuro profissional dos discentes, evidenciando a importância de examinar as diversas variáveis envolvidas na construção, aplicação e pontuação dessa avaliação.

Após a análise dos itens por meio da TRI, o questionário proposto para medir o conhecimento dos concluintes dos cursos de fisioterapia totalizou 10 itens, sendo apresentados no quadro 2, no qual as respostas estão em destaque.

Quadro 2 – Questionário de pesquisa após análise dos itens pela TRI

Item
<p>Item 03 – Sobre as características inerentes à atenção básica, assinale a alternativa correta:</p> <p>a) O desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes/determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, com foco no processo saúde-doença, sem considerar as condições socioeconômicas do usuário.</p> <p>b) O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo seletivo quanto à ordem de chegada.</p> <p>c) O serviço de saúde deve se organizar para oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, transferindo a responsabilidade para outro nível de complexidade quando encaminhar o usuário para outros pontos da rede de atenção.</p> <p>d) <i>A Organização que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.</i></p> <p>Item 04 – Sobre o papel que a atenção básica deve cumprir para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assinale a alternativa correta:</p> <p>a) Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica focada nas doenças/agravos à saúde que acometem os pacientes.</p> <p>b) Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, sem a necessidade de acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.</p> <p>c) <i>Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para a programação dos serviços de saúde.</i></p> <p>d) Atuar como mais um serviço de atenção à saúde, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação pontual, com o objetivo de produzir o cuidado integral no âmbito da saúde da família.</p> <p>Item 06 – Sobre aspectos do processo de trabalho das equipes de atenção básica, assinale a alternativa correta:</p> <p>a) Incluir na programação das atividades o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado dos profissionais de nível superior, recomendando-se a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, facilitando o acesso dos usuários.</p> <p>b) Realizar o acolhimento com entrega de fichas, respeitando a ordem de chegada e a proximidade do domicílio do usuário em relação ao serviço, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.</p> <p>c) <i>Conhecer as necessidades de saúde do território, a fim de prover atenção integral, contínua e organizada à população e desenvolver ações educativas que possam interferir contribuir no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.</i></p> <p>d) Realizar atenção domiciliar destinada a todos os usuários que possuam problemas de saúde descontrolados/descompensados, que não possuem condições financeiras para se deslocarem até a unidade de saúde da família.</p>

Item 07 – Sobre as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, assinale a alternativa correta:

- a) Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).
- b) Realizar procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, solicitar exames complementares e encaminhar usuários a outros serviços.
- c) Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.).
- d) Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

Item 08 – Sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), assinale a alternativa correta:

- a) São equipes multiprofissionais que recebem casos encaminhados pelas equipes de atenção básica por meio de encaminhamentos impessoais, atuando no lócus da atenção especializada.
- b) São equipes multiprofissionais caracterizadas por ser porta de entrada na atenção básica e realizar atendimento especializado a qualquer usuário que procure o serviço.
- c) São equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de atenção básica, compartilhando práticas e saberes em saúde.
- d) São equipes multiprofissionais que são constituídas como apoio especializado em espaço físico próprio, como um ambulatório de especialidades.

Item 09 – Sobre as diretrizes que orientam o trabalho do NASF, assinale a alternativa correta:

- a) Para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que a equipe de atenção básica disponha de diferentes especialidades para encaminhar, quando necessário, os casos mais complexos, transferindo a responsabilidade da gestão do cuidado.
- b) A autonomia dos indivíduos e coletivos é compreendida como exigência básica para o cuidado na atenção básica, sendo uma doação dos profissionais do NASF para os usuários, necessária tanto para o desenvolvimento de ações técnicas quanto para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.
- c) Os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade.
- d) O trabalho em equipe favorece ações integradas e abrangentes, pautando-se pela delimitação de atos profissionais exclusivos, e pela sobreposição dos saberes nucleares e específicos, colocando capacidades a serviço do trabalho coletivo da equipe.

Item 10 – Sobre o objetivo do NASF, assinale a alternativa correta:

- a) Aumentar o quantitativo de profissionais que compõem as equipes de atenção básica, ampliando o trabalho e o espaço físico das unidades básicas de saúde.
- b) Ampliar o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.
- c) Reduzir o tempo de espera dos usuários para os atendimentos com os profissionais das equipes de atenção básica a partir de ações clínico-assistenciais.
- d) Ampliar o repertório de ações da atenção especializada e a capacidade de cuidado em cada nível de complexidade.

Item 11 – Sobre as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:

- a) O NASF tem como “público-alvo” os usuários em seu contexto biológico. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas sobre sua prática a partir da atenção direta aos usuários.
- b) O NASF pode atuar de forma independente na análise dos problemas e na elaboração de propostas de intervenção, na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, de modo integrado e corresponsável.
- c) *Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica-sanitária quanto a pedagógica, a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais, entre outras.*
- d) Planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas representam atividades necessárias ao NASF, apesar de configurarem um processo burocrático ou até mesmo restritivo às ações assistenciais.

Item 12 – Sobre as ações prioritárias para as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:

- a) As ações são definidas no momento de implantação do NASF e devem ser consideradas definitivas, já que as necessidades e possibilidades de atuação se configuram no trabalho colaborativo e padronizado dos profissionais do NASF.
- b) As ações devem ser planejadas como um “cardápio de ofertas” (cuja decisão de utilização é situacional, caso a caso), proposto como ofertas pré-estabelecidas e fechadas nas unidades básicas de saúde, reforçando a lógica do encaminhamento impessoal.
- c) *É fundamental que as ações iniciais dialoguem com necessidades percebidas e que sejam pactuadas com as equipes de atenção básica, evitando a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas.*
- d) As ações devem ser demandadas pelos usuários e estabelecidas pelo diagnóstico situacional da gestão. O momento e o jeito da “chegada” devem ser cuidados, no sentido de serem “bons encontros” para ambos (profissionais do NASF e usuários).

Item 13 – Sobre o apoio matricial, assinale a alternativa correta:

- a) *O apoio matricial pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada.*
- b) O NASF insere-se no âmbito da atenção básica para oferecer o apoio matricial. Apesar de os profissionais não participarem da discussão de casos e/ou confecção de projetos terapêuticos com as equipes vinculadas, incorporam conhecimentos ou desenvolvem capacidades para lidar com esses casos em situações isoladas.
- c) O apoio matricial, um arranjo preconizado para o trabalho especializado, traz em sua estruturação a potencialidade de ampliar a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e os espaços físicos para as ações em saúde.
- d) É um processo que promove a atenção centrada no problema de saúde individual, uma vez que considera a clínica no processo decisório. Para ser efetiva, deve haver a participação ativa dos profissionais do NASF com acompanhamento pela equipe de atenção básica.

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

A construção de instrumentos predispõe atenção na elaboração de itens, clareza da abrangência e foco no traço latente para discriminar a proficiência dos respondentes, alcançando itens com parâmetros *a* elevados. Nesse diapasão, Rodrigues et al. (2013) ressaltam que profissionais e pesquisadores que se dispõem a utilizar questionários para avaliação devem se fundamentar em notáveis teorias para a construção de itens e análise de seus resultados, de modo a evitar, assim, conclusões imprecisas.

Considerando o modelo proposto pela TRI, este método de análise apresenta como vantagem estimar mensurações que não dependem dos respondentes nem do instrumento, pois estão centradas na inferência e nas propriedades de cada item (SOUZA et al., 2017). Tal particularidade acarreta maior validade aos escores obtidos e permite o acompanhamento de modificações realizadas no âmbito da formação para a atenção básica nos cursos de graduação em Fisioterapia, já que podem ser analisadas ao longo do tempo.

5.4 ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS DISCENTES PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Nesta análise, além de apresentar o desempenho dos discentes nos itens do questionário com o propósito de avaliar o conhecimento acerca da atuação na atenção básica à saúde, buscou-se aproximar esses resultados dos dados qualitativos das entrevistas realizadas com discentes e docentes.

O questionário proposto neste estudo foi aplicado com 474 discentes concluintes dos cursos de Fisioterapia, sendo 78% do sexo feminino. Constatou-se que a maioria não estava em união estável (76,4%). A idade dos participantes deste estudo variou entre 20 e 52 anos, com média de 25,4 anos. Quanto ao perfil da IES, 79,5% dos estudantes estavam matriculados no curso de graduação em IES privada, sendo 64,4% do penúltimo período do curso e 35,6% no último. No que diz respeito às experiências na atenção básica, verificou-se que 91,1% realizaram estágio curricular, 7,4 % desenvolveram projeto de pesquisa, 12,4% participaram de projeto de extensão, e 6,8% vivenciaram o programa de educação pelo trabalho para saúde (PET-Saúde). As características dos sujeitos que participaram da abordagem quantitativa do estudo estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Características dos concluintes dos cursos de graduação em Fisioterapia

		N	%
Sexo	<i>Feminino</i>	370	78
	<i>Masculino</i>	104	22
Faixa etária	<i>20 a 25 anos</i>	312	65,9
	<i>26 a 30 anos</i>	104	21,9
	<i>Mais de 30 anos</i>	58	12,2
União estável	<i>Não</i>	342	76,4
	<i>Sim</i>	90	21,7
	<i>Não respondeu</i>	9	1,9
IES	<i>Privada</i>	377	79,5
	<i>Pública</i>	97	20,5
Cidade das IES	<i>João Pessoa</i>	317	66,9
	<i>Campina Grande</i>	111	23,4
	<i>Cajazeiras</i>	46	9,7
Período do curso no momento da pesquisa	<i>Penúltimo</i>	305	64,4
	<i>Último</i>	169	35,6
Vivenciou estágio curricular na atenção básica	<i>Sim</i>	432	91,1
	<i>Não</i>	33	7
	<i>Não respondeu</i>	9	1,9
Realizou pesquisa na atenção básica	<i>Não</i>	433	91,3
	<i>Sim</i>	35	7,4
	<i>Não respondeu</i>	6	1,3
Realizou extensão na atenção básica	<i>Não</i>	412	87
	<i>Sim</i>	59	12,4
	<i>Não respondeu</i>	3	0,6
Participou do PET na atenção básica	<i>Não</i>	436	92
	<i>Sim</i>	32	6,8
	<i>Não respondeu</i>	6	1,2

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

A tabela 3 apresenta o percentual de acertos para cada item do questionário que avalia o conhecimento dos participantes deste estudo sobre aspectos relacionados à atenção básica à saúde. Nota-se que os itens com menor percentual de acertos foram: “Item 03” (8,2%); “Item 14” (31,4%); “Item 11” (39,5%); “Item 09” (43,2%); e “Item 10” (44,9%). Já os itens com

maior percentual de acertos foram: “Item 06” (63,3%); “Item 08” (58,4%); “Item 12” (58%); “Item 07” (51,5%); e “Item 04” (50%).

Ressalta-se, como visto na análise com a TRI, a exclusão dos itens: “Item 01 - Conceito da Atenção Básica”; “Item 05 - Especificidades da Estratégia Saúde da Família” e “Item 13 - Agenda do NASF”, por não discriminarem a proficiência dos sujeitos da pesquisa, bem como o “Item 02 - Fundamentos e diretrizes da Atenção Básica”, por apresentar a probabilidade de acerto ao acaso elevada.

Tabela 3 – Percentual de acertos para cada item

ITEM	ACERTOS %
Item 03 - Características da atenção básica	8,2
Item 14 - Apoio Matricial	31,4
Item 11 - Atividades do NASF	39,5
Item 09 - Diretrizes do NASF	43,2
Item 10 - Objetivo do NASF	44,9
Item 04 - Papel da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde	50,0
Item 07 - Atribuições Comuns dos Profissionais	51,5
Item 12 - Ações Prioritárias do NASF	58,0
Item 08 - Conceito do NASF	58,4
Item 06 - Processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica	63,3

Fonte: Dados da Pesquisa. João Pessoa-PB, 2018.

O processo de trabalho das equipes de atenção básica caracteriza-se pela atuação em território definido, com o desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco, considerando a necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade a partir da realização de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco. Inclui, ainda, o desenvolvimento de ações educativas, implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, participação em planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações, desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

De acordo com Medeiros (2015), as necessidades dos usuários que rotineiramente chegam até os profissionais da ESF dispõem cuidados que demandam muitos recursos, tanto materiais como instrumentos, infraestruturais, profissionais e imateriais que incluem técnicas, gestão, saberes, ética, em virtude da diversidade de condições de saúde a ser considerada na discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos. A complexidade do processo de trabalho na atenção básica é retratada pela produção de cuidado em saúde, que abrange desde as práticas da gestão do cuidado às ambulatoriais da clínica médica, às curativas e antropométricas de enfermagem, acompanhamento de famílias em situação de

risco e vulnerabilidade, práticas de promoção e educação em saúde, participação no controle social, ações do âmbito da saúde mental e às demandas do contexto dos programas de assistência social (MEDEIROS, 2015). O *Item 06* apontou que 63,3% dos discentes compreendem o processo de trabalho na atenção básica. Esta apreensão pode ser facilitada a partir da oportunidade do discente em acompanhar o funcionamento dos serviços, como destacado no relato abaixo:

A gente conheceu primeiro como funciona a unidade de saúde com toda a equipe multidisciplinar. A gente foi lá pra conhecer desde o primeiro, do segundo período. Teve o estágio supervisionado, conhecemos as unidades desde o primeiro período (informação verbal)⁶⁹.

Cabe à atenção básica ordenar as redes, a partir da identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção. No modelo de atenção à saúde em rede, torna-se imprescindível possibilitar experiências práticas na atenção básica durante a formação, de modo que os sujeitos em formação vivenciem a colaboração com outros serviços de saúde para reconhecer as necessidades de saúde e o acesso aos serviços adequados. Constatou-se, pelo *Item 04*, que a metade dos discentes compreende a organização dos serviços de saúde em redes de atenção, como também a importância de o fisioterapeuta conhecê-la para que possa se articular com outros setores para encaminhar um paciente, mediante a abordagem integral das suas necessidades.

O fisioterapeuta precisa saber pra onde encaminhar o paciente, se o fisioterapeuta não conhece a rede, não sabe que no município tem as assistências, as clínicas escola públicas, e tem as particulares e tem outros atendimentos também que ele pode encaminhar (informação verbal)⁷⁰.

O modelo de atenção à saúde em rede requer a presença de diferentes formações profissionais articuladas num processo interprofissional, com progressivo desenvolvimento de competências na esfera das atribuições comuns, potencializando, dessa forma, a resolutividade do cuidado ofertado na atenção básica. A organização da atenção básica pressupõe um processo centrado no usuário, no qual o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que embasa a intervenção técnico-científica.

Nesta perspectiva, Sá et al. (2014) sugerem que os profissionais trabalhem em consonância com a gestão dos serviços de saúde, de modo a favorecer uma atuação

⁶⁹ Discente n. 07, IES 2, privada.

⁷⁰ Discente n. 28, IES 6, pública.

coordenada para avaliar a necessidade da atenção fisioterapêutica. No entanto, destaca-se a fragilidade na articulação entre os sujeitos em formação e os profissionais que atuam na saúde da família, o que limita o envolvimento com a rotina do serviço e, conseqüentemente, reflete-se na dificuldade de compreensão das características da atenção básica (*Item 03* – 8,2% de acerto) e das atribuições comuns dos profissionais (*Item 07* – 51,5% de acerto).

A gente não tem a oportunidade de, por exemplo, sentar, construir um Projeto Terapêutico Singular, utilizando todos os profissionais de forma interdisciplinar. A gente não participa das reuniões de planejamento da equipe de saúde da família junto com a equipe NASF (informação verbal)⁷¹.

O foco da implantação do NASF nos municípios brasileiros é aumentar, de forma efetiva e resolutiva, a qualidade da atenção básica. Tal objetivo deve ser alcançado com base na atenção ofertada, do apoio ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Assim, ampliam-se as ações desenvolvidas na atenção básica, o potencial de cuidado dos profissionais e o acesso dos usuários do SUS a ofertas mais resolutivas e compatíveis com as suas necessidades (BRASIL, 2014). A vivência na atenção básica durante a formação não permitiu à maioria dos discentes um claro entendimento acerca do objetivo do NASF, como percebe-se no percentual de acertos no *Item 10* (44,9%) e no discurso a seguir:

Eu acho que criaram o NASF com o objetivo de juntar uma gama de profissionais de diversas áreas pra poder atender as necessidades do paciente. Mas eu acho que às vezes na prática a gente não vivencia muito isso porque lá tinha praticamente todas as áreas. Porque tinha psicólogo, tinha assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, mas a gente que era por exemplo, poderia ter um contato maior com fisioterapeuta, a gente não tinha (informação verbal)⁷².

Observa-se que ocorreu um aumento nas oportunidades, a partir da implementação do NASF, para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica e ampliação do seu escopo de atuação. Ferreira e Rezende (2016) chamaram a atenção para a falta de conhecimento sobre o trabalho neste nível de atenção pelos profissionais, além de uma formação limitada para lidar com as propostas e os processos de trabalho deste campo de atuação. Apesar da dificuldade em assimilar a proposta do NASF, os discentes reconhecem a relevância da sua implementação para favorecer o acesso dos usuários à atenção básica e aos outros níveis de atenção.

⁷¹ Docente n. 3, IES 3, privada.

⁷² Discente n. 09, IES 2, privada.

O NASF é um apoio extremamente necessário, no qual é de grande benefício para os pacientes. Porque antes do NASF era mais complicado esse atendimento de reabilitação, porque o fisioterapeuta não era tão incluído pra eles conseguirem o encaminhamento. E agora, o paciente já sabe pra onde ir, já sabe o que procurar. Os profissionais já sabem pra onde encaminhar. Foi uma acessibilidade bem melhor pra os pacientes, principalmente os acamados (informação verbal)⁷³.

A falta de compreensão da proposta do NASF, no que concerne aos seus documentos orientadores, pode repercutir em sobrecarga de trabalho, na medida em que profissionais sem experiência se deparam com demandas pelas quais não possuem fundamentos teóricos que subsidiem a capacidade de lidar com problemas na atenção básica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Nascimento e Oliveira (2016) destacam que a influência da formação inicial no perfil profissional contribui para dificuldades durante a atuação no NASF, pois alguns profissionais têm pouca aproximação com a atenção básica por consequência de um processo de formação uniprofissional, voltado para a especialização do cuidado. Percebe-se que a ausência de vivência prática ou insuficiente na atenção básica durante a formação contribuiu para a falta de clareza em torno do papel do fisioterapeuta neste nível de atenção, ao mesmo tempo em que fortalece a perspectiva predominantemente reabilitadora da profissão e limita o entendimento sobre o NASF. No entanto, constata-se que a maioria dos discentes acertou o *Item 08* (58,4%), que trata do conceito do NASF.

Eu acho que o NASF é um centro de reabilitação. Não sei qual o público deles, mas acredito que seja algo com fisioterapia, com reabilitação (informação verbal)⁷⁴.

O NASF é uma equipe multidisciplinar, multiprofissional, que vai atuar em equipe. É o núcleo de apoio à saúde da família, que vai trabalhar tanto na unidade de saúde como atendimento domiciliar (informação verbal)⁷⁵.

A Fisioterapia, como núcleo profissional da equipe multiprofissional do NASF, necessita reafirmar-se, aliando a reabilitação às atividades de promoção de saúde e prevenção de riscos, de modo a desvincular-se do paradigma de assistência restrita ao nível de atenção secundária/terciária e aproximar-se da atenção básica. Assim, cabe a este profissional o domínio do conhecimento necessário para o desenvolvimento de ações no âmbito da atenção básica com o propósito de consolidar sua atuação neste nível de atenção (FONSECA et al.,

⁷³ Discente n. 12, IES 3, privada.

⁷⁴ Discente n. 19, IES 4, privada, não vivenciou atividade prática na atenção básica.

⁷⁵ Discente n. 11, IES 3, privada.

2016). Alguns obstáculos que os discentes encontram no desenvolvimento das atividades na atenção básica envolvem o despreparo para iniciá-las e o tempo insuficiente para planejar e executar as ações, destacados nos discursos abaixo, como também no *Item 11*, no qual apenas 39,5% dos discentes compreendem as atividades do NASF.

A gente deveria ter mais contato com a realidade, eu acho que o ponto falho é esse. Pelo menos, promover mais palestras, a gente fica muito centrado na reabilitação (informação verbal)⁷⁶.

Eu acho necessário levar os alunos pra campo, demonstrar primeiro e depois colocar pra atender (informação verbal)⁷⁷.

A disciplina é teórico-prática, a prática já foi feita por mim, hoje tem um preceptor. Como eles ainda estão no quinto período nessa disciplina, eles vão mais observar. É uma experiência muito rápida de uma disciplina que eles fazem quatro visitas, não tem a vivência da atenção básica (informação verbal)⁷⁸.

Eu digo que o aluno está preparado para entender os conceitos da atenção básica, os princípios, as diretrizes, todos os conhecimentos que faz necessário o fisioterapeuta do NASF saber, mas, enquanto NASF, ele não tem essa vivência a mais para entender outros conceitos relacionados, como redes de atenção, encaminhamentos, pontos da rede, apoio matricial, reuniões de equipe (informação verbal)⁷⁹.

O NASF tem por finalidade contribuir com a organização de redes de cuidado, para que se atinja de forma plena a atenção integral aos usuários do SUS. Para tanto, tem seu trabalho fundamentado no apoio matricial e no trabalho em equipe diante da complexidade das necessidades de saúde destes usuários. O NASF propõe o uso de ferramentas de cuidado contra-hegemônicas, com ênfase na clínica ampliada, como o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde do território, ainda pouco usuais na rotina de trabalho dos profissionais de saúde da ESF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016). A utilização dessas ferramentas no NASF fundamenta-se no modelo assistencial orientado pela atenção básica, com os princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade dos cuidados, cuidados abrangentes de saúde, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Em geral, as ações do fisioterapeuta na saúde pública são fundamentadas a partir de um modelo epidemiológico que considera a soma dos fatores de risco. Entretanto, é necessária uma compreensão não reducionista do ser humano para contribuir com a articulação com as

⁷⁶ Discente n. 25, IES 5, privada.

⁷⁷ Discente n. 31, IES 7, privada.

⁷⁸ Docente n. 7, IES 7, privada.

⁷⁹ Docente n. 5, IES 5, privada.

dimensões do contexto de vida, para, assim, ter efeito sobre os aspectos da qualidade de vida das pessoas (CASTRO; RODRIGUEZ, 2015).

Dentre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica, encontram-se as atividades desenvolvidas de forma compartilhada com a equipe de saúde da família e o cuidado ofertado diretamente ao usuário. Fitipaldi, Romano e Barros (2015) consideram que, para que o apoio matricial possa ser implementado de forma plena, faz-se necessário repensar algumas tecnologias em saúde na prática da atenção básica, particularmente aquelas fundamentadas nas práticas interprofissionais, como o atendimento compartilhado.

Os discursos a seguir revelam o distanciamento entre a proposta dos componentes curriculares e o que discentes vivenciam nas atividades práticas, impossibilitando a realização de atividades compartilhadas com os profissionais da ESF na lógica do apoio matricial, assim como a prática das ferramentas do NASF, como apontado nos *Itens 14* (31,4%) e *09* (43,2%), que tratam, respectivamente, do apoio matricial e das diretrizes do NASF.

Eu acho que a fisioterapia tem mais coisas que pra ser utilizada da atenção básica e não se utiliza. Em relação aos atendimentos lá, a gente poderia fazer atendimentos em grupo pra alcançar outros tipos de pessoas, até pra evitar certas patologias (informação verbal)⁸⁰.

A gente aprendeu e foi instruído que o enfermeiro poderia passar pra gente a realidade do paciente, baseado nisso pressupõe-se que haja uma discussão do caso, de alguns pacientes mais graves, por exemplo, que precisem de uma atenção do fisioterapeuta, uma discussão com o médico e a enfermagem. Mas essa discussão não teve no estágio (informação verbal)⁸¹.

As propostas para os estudantes são de acolhimento, experimentar e realizar junto com a equipe, o Projeto Terapêutico Singular, realizar atividades de visita domiciliar, tanto visita domiciliar feita unicamente por fisioterapeuta, mas também visita domiciliar compartilhada com a equipe, atividade de territorialização, atividades de educação em saúde, sobretudo atividade de educação em saúde expositiva na própria creche, em escola, mas também internamente na unidade de Saúde da Família, atividade de assistência na área de Fisioterapia (informação verbal)⁸².

O apoio realizado pelo NASF abrange uma dimensão clínico-assistencial, que se concretiza nos atendimentos individuais clínicos e coletivos e na visita domiciliar, e outra dimensão técnico-pedagógica, que pode acontecer em reuniões de matriciamento, discussões de casos e construção de projetos terapêuticos, atendimentos compartilhados, ações intersetoriais, articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde e atividades

⁸⁰ Discente n. 24, IES 5, privada.

⁸¹ Discente n. 28, IES 6, pública.

⁸² Docente n. 1, IES 1, pública.

educativas (PANIZZI et al., 2017). Quanto às ações prioritárias do NASF, verificou-se que a maioria dos discentes acertou o *Item 12* (58,0%). Estas ações devem considerar a dinâmica das necessidades atenção básica e das possibilidades de atuação do trabalho em equipe, sendo planejadas e aprimoradas continuamente durante o processo de trabalho (BRASIL, 2014).

Rodes et al. (2017) enfatizam que, apesar de a perspectiva da clínica ampliada estar presente nas diretrizes da atenção básica, os profissionais que trabalham com a reabilitação têm dificuldades de colocá-la em prática. Os autores destacam como estratégia para superar esse problema a abordagem do conteúdo da PNAB durante a formação, para adequar a rotina dos serviços à proposta de reorganização da atenção básica. Ressalta-se que os documentos ministeriais que norteiam o trabalho dos profissionais neste nível de atenção precisam ser discutidos durante a formação do fisioterapeuta no âmbito da atenção básica e contextualizados nos cenários de prática, de modo a respaldar a atuação do fisioterapeuta, como apontam os discursos abaixo:

Acho que estes documentos [PNAB, Caderno do NASF] podem ajudar um fisioterapeuta que atua na atenção básica principalmente para que se padronize o atendimento, não só o fisioterapeuta... Mas para que o profissional esteja habilitado para entrar na comunidade e entender que na comunidade tem uma rotina específica (informação verbal)⁸³.

A gente sempre parte de material produzido pelo Ministério da Saúde. Nos primeiros períodos, mais superficialmente, utiliza-se bastante a PNAB. O caderno do NASF mais pra o aluno compreender um pouco como é que o fisioterapeuta chega [na atenção básica]. Mas isso é mais aprofundado no sétimo período quando se trabalha exatamente a atuação do fisioterapeuta na atenção básica, no estágio inteiro é trabalhado essa temática com essas referências (informação verbal)⁸⁴.

As diretrizes para a formação dos profissionais que realizam práticas de apoio matricial estão em processo de construção. Entretanto, ressalta-se importante que possuam uma formação que os habilitem em situações específicas ao seu núcleo de saber e ainda em habilidades para planejamento de ações no território por meio da análise das necessidades, condução de grupos e discussão de casos na perspectiva interprofissional (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017).

Fernandes et al. (2016), em estudo que analisou o processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF, constataram que os fisioterapeutas consideraram insuficiente o conhecimento sobre os deveres e especificidades do trabalho, e que uma porcentagem

⁸³ Discente n. 01, IES 1, pública.

⁸⁴ Docente n. 2, IES 2, privada.

significativa desses profissionais não utiliza as ferramentas do NASF na rotina diária de trabalho. Barros et al. (2015), ao investigarem o trabalho do NASF, apontaram que a dinâmica do NASF está relacionada diretamente ao funcionamento da equipe de saúde da família, sendo seu processo de trabalho norteado por diretrizes contidas em documentos ministeriais e municipais. Estes autores afirmam que tais documentos são disparadores das propostas de trabalho, já que este se desenvolve de forma singular mediante particularidades de cada equipe de profissionais, como formação e experiência profissional, atuação interprofissional, condições de trabalho e perfil do território e da população acompanhada.

Discutir a portaria NASF durante a formação em Fisioterapia nos serviços da atenção básica representa estimular a produção do conhecimento na prática, a partir de experiências e intervenções que levem em consideração o conceito ampliado de saúde nas práticas dos sujeitos em formação. Assim, o fisioterapeuta que pretenda trabalhar na atenção básica precisa compreender que pode desenvolver ações de prevenção aos agravos à saúde, para além de condutas estritamente curativas e de reabilitação (PIMENTEL; SILVA; LIMA NETO, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discentes dos cursos de Fisioterapia do Estado da Paraíba valorizam as vivências realizadas na atenção básica durante a formação. Entretanto, reconhecem o foco nas ações de reabilitação, limitando as possibilidades de atuação do fisioterapeuta. Alguns discentes não vivenciaram nenhuma experiência prática na atenção básica, enquanto para a maioria as oportunidades ocorreram de forma tardia e pontual durante o curso, acarretando certa limitação teórica e dificuldade de desenvolver habilidades para a atuação neste nível de atenção devido ao pouco tempo de atuação, evidenciando a necessidade de disciplinas com abordagem na atenção básica de forma transversal à formação do fisioterapeuta.

Nas atividades práticas realizadas na atenção básica, foram identificados aspectos falhos no que concerne à integração ensino-serviço, na qual discentes e profissionais não trabalham conjuntamente na perspectiva da atuação interprofissional. Nesta realidade, torna-se evidente a necessidade de maior engajamento na articulação ensino-serviço-comunidade para propiciar ao estudante a vivência real no mundo do trabalho.

Quanto à proposta do NASF, a percepção dos discentes aponta para uma compreensão restrita, revelando que a formação do fisioterapeuta ainda não contempla de forma plena os pressupostos desta lógica de cuidado. Assim, para superar a hegemonia da formação tecnicista, voltada predominantemente para áreas específicas, faz-se necessário o engajamento dos atores envolvidos no ensino em Fisioterapia na elaboração de estratégias curriculares que enfatizem experiências pedagógicas no primeiro nível de atenção à saúde, aproximando a prática dos fundamentos e diretrizes da atenção básica e do NASF.

Além das questões destacadas pelos discentes quanto à formação para a atenção básica, destaca-se que a experiência neste nível de atenção à saúde amplia a compreensão do processo de adoecimento das pessoas e promove o envolvimento com a realidade de vida das pessoas, favorecendo o reconhecimento dos aspectos inerentes ao adoecimento e que interferem no cuidado, além de reorientar a prática fisioterapêutica para o contexto do domicílio.

Por sua vez, os docentes dos cursos de Fisioterapia do Estado da Paraíba percebem um processo de formação teórico-prático para a atenção básica, no qual o componente teórico possui maior ênfase nos períodos iniciais da graduação. Os docentes enaltecem a importância da vivência na atenção básica durante a formação, o que permite ao discente uma ampla compreensão frente às necessidades do sistema de saúde e de seus usuários.

Não obstante, a carga horária das disciplinas é considerada insuficiente, limitando a prática acadêmica neste nível de atenção. Além disso, os docentes apresentaram aspectos desfavoráveis desta formação, destacando a fragmentação do ensino e a dificuldade de integração do que se é estudado neste nível de atenção com outros componentes curriculares. Apesar de os discentes desenvolverem ações na atenção básica que incluem atendimentos e atividades de promoção de saúde, os docentes mostraram-se preocupados com a integração junto aos profissionais do serviço, requisito para que se consiga adequar a proposta do treinamento profissional em Fisioterapia aos pressupostos do trabalho do NASF.

Como os docentes ressaltaram a contribuição dos projetos de extensão universitária para o perfil do profissional egresso, depreende-se que a inserção dos discentes em projetos desta natureza surge como possibilidade para superar tais dificuldades. Portanto, para favorecer a formação do fisioterapeuta na atenção básica, é mister adequar a estrutura curricular dos cursos de graduação, otimizando a carga horária dos componentes curriculares inerentes a este nível de atenção, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço.

O estudo permitiu elaborar um instrumento para análise do conhecimento de discentes de Fisioterapia sobre aspectos da atenção básica, contendo questões de avaliação de conhecimento geral sobre a atenção básica e questões específicas sobre o NASF, sendo um instrumento inovador. Diante dos achados neste trabalho, percebe-se que os concluintes dos cursos de graduação em Fisioterapia na Paraíba não estão preparados para atuar na atenção básica no contexto dos documentos norteadores deste nível de atenção.

O percurso metodológico desenhado foi atendido para a construção e validação do instrumento, possibilitando constatar que a proposta apresenta validade de conteúdo confirmada por uma equipe de especialistas, atestando ter os atributos teóricos necessários à avaliação da temática e itens com consistência interna apontada pela TRI. A importância de se construir um instrumento interpretável por meio deste modelo estatístico possibilitou evidenciar as dificuldades e as facilidades na compreensão dos pressupostos teóricos.

A despeito da exclusão de itens, verifica-se que o instrumento permanece assegurando a avaliação de questões conceituais sobre a atenção básica e sobre o NASF, bem como referentes ao processo de trabalho e atividades realizadas nesses espaços. Ressalta-se a relevância deste instrumento para avaliar a formação em saúde para a atuação na atenção básica, sobretudo para os discentes de Fisioterapia. Entretanto, ele pode e deve ser investigado em todas as profissões da saúde.

O estudo utilizou como documento norteador a PNAB, em sua versão publicada em 2012. Em 21 de setembro de 2017, período em que o questionário em questão já havia

passado por todo o processo de elaboração e validação, foi lançada uma nova Portaria N. 2.436, cujo conteúdo estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS. A alteração desta política constitui-se como uma das ações do projeto neoliberal que passou a ser implementado no Brasil a partir de 2016, mesmo com forte rejeição popular, e que aliada ao congelamento dos gastos públicos e a precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde enfraquece o SUS, seus princípios e a assistência à saúde no país. Contudo, tal publicação não inviabiliza o questionário elaborado e validado, uma vez que, no tocante aos itens do instrumento, a nova PNAB não muda os conceitos e informações contidas na PNAB publicada em 2012.

A pesquisa apresentou como limitação não ter analisado as experiências da formação em Fisioterapia na atenção básica em *locus*, além de não ter realizado análise documental dos projetos político-pedagógicos dos cursos. Dessa forma, torna-se relevante a realização de novos estudos que abordem esta temática em outras realidades e que aprofundem a investigação com outros atores envolvidos no processo de ensino, de modo a contribuir com a formação profissional do fisioterapeuta no primeiro nível de atenção à saúde.

Sugere-se a realização de outros estudos com a possibilidade de aplicação deste instrumento, devido à necessidade de se avaliar o conhecimento desenvolvido durante a graduação. Assim, espera-se que os achados deste estudo possam subsidiar processos de construção ou reformulação curricular, com a pretensão de qualificar a formação profissional do fisioterapeuta que atuará na atenção básica à saúde, repercutindo na melhora do trabalho e da assistência à saúde na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. M.; MARTINS, A. M.; ESCALDA, P. M. F. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. **Fisioter. Pesq.**, v. 21, n. 3, p. 271-278, 2014.

ALMICO, T.; FARO, A. Coping of caregivers of children with cancer in chemotherapy process. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 15, p. 723-737, 2014.

ANJOS, A.; ANDRADE, D. F. Teoria de Resposta ao Item com o uso do R. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA, 2012, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa, PB: Associação Brasileira de Estatística. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/heliton/arquivos/tri/RTRIsinape.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 31 (Suppl. 1), p. 20-31, 2007.

ARAÚJO, A. P. S. Fisioterapia: Ações de organização e divulgação do trabalho da equipe Nasf – Vila Carli. **Revista UNINGÁ**, v. 22, n. 2, p. 05-15, 2015.

ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R.C. **Teoria de Resposta do Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000.

ANDRADE, J. M. **Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil**. 2008. 152 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.

BAKER, F. B. **The basics of Item Response Theory**. 2. ed. [S.l.]: Eric Clearinghouse on Assessment and Evaluation, 2001.

BARBETTA, P. A.; TREVISAN, L. M. V.; TAVARES, H. R.; AZEVEDO, T. C. A. M. Aplicação da teoria da resposta ao item uni e multidimensional. **Estudos em Avaliação Educacional** [Impresso], v. 25, p. 280-302, 2014.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R.; RIBEIRO, E. E. N. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.** (Impr.) [online], v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARROS, F. B. M. Apresentação: responsabilidade social. In: BARROS, F. B. M. (Org.). O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: **Fisiobrasil**, 2002. p. 7-9.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso>. Access on: Jan. 3rd, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>.

BELLUCCI-JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], 2012, Oct [cited 2017 Dec 29]; v. 65, n. 5, p. 751-757. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>.

BENGOUGH, T.; BOVET, E.; BÉCHERRAZ, C.; SCHLEGEL, S.; BURNAND, B.; PIDOUX, V. Swiss family physicians' perceptions and attitudes towards knowledge translation practices. **BMC Family Practice**, v. 16, p. 177, 2015.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 1), p. 1627-1636, 2010.

_____. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. Ciênc. Saúde**, Manguinhos, v.16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BISPO JÚNIOR, J. P. Trajetória da Fisioterapia no Brasil: um olhar a partir da Saúde Coletiva. In: _____. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

BITTENCOURT, H. R.; CREUTZBERG, M.; RODRIGUES, A. C. M.; CASARTELLI, A. O.; FREITAS, A. L. S. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 48, p. 91-114, jan./abr. 2011.

BORTOLOTTI, S. L. V. **Resistência à mudança organizacional: Medida de avaliação por meio da teoria da resposta ao item**. 2010. 291f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

BOURGET, Ir. M. M. M. (Org.). **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, 2008.

BRAGHINI, C. C.; FERRETI, F.; FERRAZ, L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. **Fisioterapia em Movimento**. V. 29, n. 4, p. 767-76, 2016.

BRASIL. Decreto Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. Prevê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, p. 39-40, Brasília, 13 out. 1969. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/1763/decreto-lei-n-938-de-13-de-outubro-de-1969>>. Acesso em: 5 jul. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. [capturado 10 jun. 2015]. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014**. Dispõe sobre o Plano Nacional de Educação – PNE 2014-2024. Brasília, DF.

BRASIL. Resolução **CNE/CES n. 4**, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília: Ministério da Educação, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N. 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 7 jul. 2015.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica N. 24**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 4**, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial [internet]. 2009^a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM N. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2012.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Cadernos FNEPAS**, v. 1, p. 19-27, 2011.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, Ca.: [s.n.], nov. 1986. In: BRASIL. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. 19p.

- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-82.
- CASTRO, L. E.; RODRIGUEZ, Y. L. Tendencias epistemológicas de las acciones de la salud pública. Una revisión desde la fisioterapia. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 33, n. 2, p. 239-251, 2015.
- CASTRO, S. S.; SOUSA, A. I.; LIMA, M. C. P. B. Curricular intersections of university extension and teaching in Physical Therapy programs. **Fisioter. Mov.**, v. 28, n. 1, p. 127-139, 2015.
- CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. **Rev Bras Educ Med.**, v. 33, n. 2, p. 198– 204, 2009.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco, 2006. p. 165-84.
- CECCIM, B. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CHESANI, F. H. A produção acadêmica em fisioterapia: um estudo de teses a partir dos pressupostos epistemológicos de Fleck. **Saude Soc.** [online], v. 22, n. 3, p. 949-961, 2013.
- CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZÁLEZ, A. D.; FERNANDES, M. F P. Estudantes, docentes e profissionais na atenção básica: coexistência segundo a fenomenologia heideggeriana. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 519-536, 2017.
- CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZALEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 605-619, jul. 2017.
- CORDEIRO, H.; MINAYO, C. Saúde: concepções e políticas públicas. In: AMÂNCIO FILHO, A.A.; MOREIRA, C.G. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-61.
- COTTA, R. M. M.; GOMES, A. P.; MAIA, T. M.; MAGALHÃES, K. A.; MARQUES, E. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 31, n. 3, p. 278-86, 2007.
- COURY, H. J. C. G.; VILELLA, I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 356-63, jul./ago. 2009.
- COUTO, G.; PRIMI, R. Teoria de Resposta ao Item (TRI): conceitos elementares dos modelos para itens dicotômicos. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 61, n. 134, 2011.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai./jun. 2004.

CZAPIEVSKI, F. N.; SUMIYA, A. Verificação da satisfação com a experiência acadêmica de estudantes de fisioterapia. **Fisioter Mov.**, v. 27, n. 1, p. 119-25, jan./mar. 2014.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. Barueri, SP: Manole, 2002.

DIBAI FILHO, A. V.; AVEIRO, M. C. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 397-404, out./dez., 2012.

DORNELAS DE ANDRADE, A.; DEAN, E. Direcionando a prática da fisioterapia com as principais prioridades de Saúde no Brasil: uma “chamada para ação” no século XXI. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 12, n. 4, p. 260-207, 2008.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.

EMBRETSON, S. E.; REISE, S. P. **Item Response Theory for Psychologists**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000 (Multivariate Applications).

FARIA, L.; SANTOS, L. A. C. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos** [online], v. 18, suppl. 1, p. 227-240, 2011.

FERNANDES, J. M.; RIOS, T. A.; SANCHES, V. S.; SANTOS, M. L. M. NASF's tools and practices in health of physical therapists. **Fisioter. Mov.**, v. 29, n. 4, p. 741-750, 2016.

FERREIRA, A. L. P. P.; REZENDE, M. Reflections on the Production of the Formation of Physiotherapy in the Context of SUS. **Fisioter. Mov.**, v. 29, n. 1, p. 37-44, 2016.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FERRETI, F.; LIMA, L.; ZUFFO, A. Percepção dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre a necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 27, n. 3, p. 337-347, 2014.

FERRETI, F.; NIEROTKA, R. P.; BRAGHINI, C. C.; TEO, C. R. P. A.; FERRAZ, L. FANTICELLI, M. L. Inserção do fisioterapeuta na equipe Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. **Fisioter. Mov.**, v. 28, n. 3, p. 485-93, 2015.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, 2015.

FONSECA, J. M. A.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M.; LIMA, L. H. O. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 288-294, 2016.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, J. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

FRANCISCO, R. **Aplicação da teoria da resposta ao item (T.R.I.) no exame nacional de cursos (E.N.C.) da unicentro**. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. A produção subjetiva da estratégia saúde da família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 22-52.

FREITAS, D. A.; SANTOS, E. M. S.; LIMA, L. V. S.; MIRANDA, L. N.; VASCONCELOS, E. L.; NAGLIATE, P. C. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 20, n. 57, p. 437-48, 2016.

FREITAS, M. S. A fisioterapia na atenção primária à saúde em Juiz de Fora. In: BARROS, Fábio Batalha M. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002 (Série Fisioterapia e Sociedade). p. 17-27.

GAVA, M. V. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo, 2004.

GOMES, A. L.; MORAIS, M. S. T. Um olhar sobre o aprendizado dos estudantes na extensão popular. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Orgs.). **Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2013. 420p.

GONÇALVES, F. G.; CARVALHO, B. G.; TRELHA, C. S. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trab. Educ. Saúde** [online], v.10, n. 2, p. 301-314, 2012.

GAUER, A. P. M.; FERRETTI, F.; TEO, C. R. A.; FERRAZ, L.; SOARES, M. C. F. Ações de reorientação da formação profissional em fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática. **Interface** (Botucatu). V. 29, 2017.

GRAVE, M. T. Q.; SALDANHA, O. M. F. L.; KOETZ, L. C. E.; ROSA, L. R.; DHEIN, G.; NUNES, M. T. Currículo integrado em saúde: construção coletiva a partir de fóruns de qualificação docente. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA, 17, 2017, Mar Del Plata – Argentina. **Anais...** Mar Del Plata: [S.l.]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181071/101_00205.pdf?sequence=1> . Acesso em: 17 mar. 2017.

GUEWEHR, K. **Teoria da resposta ao item na avaliação de qualidade de vida de idosos.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HERMES, F. C.; CUTOLO, R. L. A.; MAESTRELLI, S. R. P. A concepção de estudantes de Fisioterapia que participam do ensino baseado em problemas sobre o processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 627-634, 2016.

KLEIN, R. Utilização da Teoria de Resposta ao Item no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). **Meta: Avaliação**, v. 1, n. 2, p. 125-140, 2009.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.

LAROS, J. A. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: PASQUALI, L. (Org.). **Análise Fatorial para Pesquisadores.** Brasília: LabPAM/UnB, 2005. p. 163-184.

_____.; PASQUALI, L.; RODRIGUES, M. M. M. **Análise da unidimensionalidade das provas do SAEB.** Relatório Técnico. Brasília: Centro de Pesquisa em Avaliação Educacional; Universidade de Brasília, 2000.

LAROS, J. A.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 113-119, 2004.

LOPES NETO, D. et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, 2007.

LUCENA, A. F.; PASKULIN, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 40, n. 2, p. 292-298, 2006.

MADRUGA, L. M. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; FREITAS, C. H. M.; PÉREZ, I. A. B.; PESSOA, T. R. R. F.; BRITO, G. E. G. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 805-816, 2015.

MARÃES, V. R. F. S. et al. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. **Fisioter. Mov.** (Impr.) [online], v. 23, n. 2, p. 311-321, 2010.
MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARIN, M. J. S.; OLIVEIRA, M. A. C.; CARDOSO, C. P.; et al. Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 501-508, 2013.

MARTÍNEZ, R. C.; ROLDAN, R. J; GALLUT, A. J. M. El pensamiento histórico-filosófico y los fundamentos científicos en el estudio de la fisioterapia. **Revista de Fisioterapia**, Guadalupe, v. 7, n. 2, p. 5-16, 2008.

MEDEIROS, D. K. S.; NEVES, R. F. N. Análise crítica das práticas na atenção primária à saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 87-105, 2013.

MEDEIROS, E. D.; MONTEIRO, R. P.; GOUVEIA, R. S. V.; NASCIMENTO, B. S.; GOUVEIA, V. V. Dark Triad Dirty Dozen: Avaliando seus Parâmetros Via TRI. **Psico-USF**., v. 22, n. 2, p. 299-308, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220209>.

MEDEIROS, P. A.; PIVETTA, H. M. F.; MAYER, M. S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 407-426, nov. 2012.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELO, V. L.; SÁ, S. P. C.; CHRISTOVAM, B. P.; CARVALHO, L. R.; TEIXEIRA, D. Z. Pscoodinâmica do trabalho de um restaurante universitário: aplicação do software Alceste na pesquisa qualitativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 10, (supl. 3), p. 1450-1458, 2016.

MEYER, P. F.; COSTA, I. C. C.; GICO, V. V. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v. 3, n. 4, p. 877-890, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2.133-2.144, dez. 2008.

MOREIRA JÚNIOR, F. J. Aplicações da teoria da resposta ao Item (tri) no brasil. **Rev. Bras. Biom.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 137-170, 2010.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, 2001. Disponível em: <www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso em: 15 mai. 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. **Rev Esc. Enferm. USP**, n. 50, p. 846-852, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600019>.

NOBREGA, M. P. S. S.; DOMINGOS, A. M.; SILVEIRA, A. S. A. SANTOS, J. C. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 965-972, 2017.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; SOUZA, P. M. M.; PINHEIRO, F. M. C.; CASTRO, V. S. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 112-118, 2015.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.** [online], v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NORDI, A. B. A.; ACIOLE, G. G. Apoio matricial: uma experiência da residência multiprofissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 485-500, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200485&lng=en&nrm=iso>. Access on: Jan. 3rd, 2018. Epub Mar 6th, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00053>.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Eds.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

PANIZZI, M.; LACERDA, J. T.; NATAL, S.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 155-170, 2017.

PASQUALI, Luiz. **Teoria de Resposta ao Item**: teoria, procedimentos e aplicações. 1. ed. Brasília: LabPAM, 2007 (v. 1).

_____. A medida psicométrica. In: _____ (Org.). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: ArtMed, 2010. p. 104-115.

_____. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM/UnB, 2005.

_____; PRIMI, Ricardo. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PASSOS E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, 2015.

PATHAK, A.; PATRO, K.; PATHAK, M.; VALECHA, M. Item Response Theory. **IJCSMC – International Journal of Computer Science and Mobile Computing**, v. 2, n. 11, p. 7-11, 2013.

Perrenoud, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

PIMENTEL, D. M.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Bases metodológicas da formação em Fisioterapia: discutindo o distanciamento entre os processos de formação e o trabalho na atenção básica à saúde. **Tempus, actas de saúde colet.**, v. 10, n. 2, p. 47-65, 2016.

PINHEIRO, D. G. M.; SCABAR, T. G.; MAEDA, S. T.; FRACOLLI, L. A.; PELICIONI, M. C. F.; CHIESA, A. M. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, 2015.

PINHEIRO, L. B. D.; DIÓGENES, P. M.; FILGUEIRAS, M. C.; ABDON, A. P. V.; LOPES, E. A. B. Conhecimento de graduandos em fisioterapia da Universidade de Fortaleza sobre o Sistema Único de Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 211-216, jul./set. 2009.

QUEIROZ, P. S.; SANTOS, M. J. Facilidades e habilidades do fisioterapeuta na procura, interpretação e aplicação do conhecimento científico na prática clínica: um estudo piloto. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 13-23, jan./mar. 2013.

RAGASSON, C. A. P. et al. Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje: Estudos e debates de assuntos de linguística, literatura e língua portuguesa**, v. 44, n. 3, 2009.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REIS, F. J. J.; MONTEIRO, M. G. M. O ensino na Fisioterapia: momento de revermos a prática? [editorial]. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 4, p. 340-341, out./dez. 2015.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Cad. Cedes**, v. 29, n. 79, p. 335-346, 2009.

ROCHA, V.; et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. In: FÓRUM NACIONAL DE ENSINO EM FISIOTERAPIA DA ABENFISIO, 9, 2008, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Revista Coffito, n. 26, p. 22-25. 1 CD-ROM.

RODES, C. H.; KUREBAYASHI, R.; KONDO, V. E.; LUFT, V. D.; GÓES, A. B.; SCHMITT, A. C. B. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioter. Pesqui.**, v. 24, n. 1, p. 74-82, 2017.

RODRIGUES, M. T. C. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica:** desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI). 2012. 164f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, Fortaleza.

RODRIGUES, M. T. P.; et al. Instrumento mensurador de adesão para hipertensos: contribuição da Teoria da Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 523-530, 2013.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas Online**, v. 2, n. 8, p.104-9, 2008.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 3, p. 261-266, 2010.

ROSS, E. C.; ANDERSON, E. Z. The evolution of a physical therapy research curriculum: integrating evidence-based practice and clinical decision making. **J Phys. Ther. Education**, v. 18, n. 3, p. 52-7, 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SÁ, M. R. C.; THOMAZINHO, P. A.; SANTOS, F. L.; CAVALCANTI, N. C.; RIBEIRO, C. T. M.; NEGREIROS, M. F. V.; et al. Assistência fisioterapêutica na atenção primária à saúde infantil: uma revisão das experiências. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 36, n. 5, p. 324-330, 2014.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma aproximação dos signos – fisioterapia e saúde – aos aspectos humanos e sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 73-84, 2008.

SAMPAIO, R. F. A experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, Fábio Batalha M. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população:** atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002a (Série Fisioterapia e Sociedade). p. 11-15.

SANTOS, R. N. L. C.; RIBEIRO, K. S. Q.; ANJOS, U. U.; FARIAS, D. N.; LUCENA, E. M. F. Integralidade e interdisciplinaridade na formação de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 378-387, 2015.

SANTOS, R. O. M. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: saúde da família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro. **Dissertação** (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SANTOS, V. L. F. **Teoria de Resposta ao Item**: uma abordagem generalizada das Curvas Características dos Itens. 2009. 87f. Dissertação (Mestrado em Estatística) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SARTES, L. M. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]., v. 26, n. 2, p. 241-250, 2013.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERIANO, K. N.; MUNIZ, V. R. C.; CARVALHO, M. E. I. M. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioter. Pesqui.** [online], v. 20, n. 3, p. 250-255, 2013.

SIGNORELLI, M. C. et al. Um projeto político-pedagógico de graduação em fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Fisioter. mov.** (Impr.) [online], v. 23, n. 2, p. 331-340, 2010.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1.673-1.681, 2007.

SILVA, H. L. F. Reformas educacionais neoliberais no Brasil e a negação da cidadania dos trabalhadores docentes. **Inter-ação**: rev. fac. educ. UFG, v. 33, n. 1, p. 193-217, 2008.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A formação e a humanização do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-42.

SOUZA, M. F.; SANTOS, A. F.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; JORGE, A. O.; MACHADO, A. T. G. M.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 87, p. 1-11, 2017.

SOUZA, T. S.; SALDANHA, J. H. S. MELLO, I. M. As relações de trabalho dos fisioterapeutas na cidade de Salvador, Bahia. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2014.

TOFFOLI, S. F. L.; FERREIRA FILHO, O. F.; ANDRADE, D. F. Proposta de seleção unificada aos Programas de Residência Médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 6, p. 583–588, 2013.

VASCONCELOS, I. A. L.; SOUZA, M. F.; SANTOS, L. M. P. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 431-450, 2013.

VASCONCELOS, S. S.; GOUVEIA, G. P. M. Saúde coletiva e desafios para a formação superior em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 498-503, 2011.

VENDRAMINI, C. M. M.; SILVA, M. C.; CANALE, M. Análise de itens de uma prova de raciocínio estatístico. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 487-498, 2004.

VÉRAS, M. M. S. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. In: BARROS, Fábio Batalha M. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002 (Série Fisioterapia e Sociedade). p.185-192.

VIANA, R. T.; et al. O estágio extracurricular na formação profissional: a opinião dos estudantes de fisioterapia. **Fisioter. Pesqui.** [online], v. 19, n. 4, p. 339-344, 2012.

VILLAGE, D. Qualities of effective service learning in physical therapist education. **J. Phys. Ther. Education**, v. 20, n. 3, p. 8-17, 2006.

WAGNER, T. A.; HARVEY, R. J. Development of a new critical thinking test using Item Response Theory. **Psychological Assessment**, v. 18, n. 1, p. 100-105, 2006.

WILSON, D. T.; WOOD, R.; GIBBONS, R. **Testfact**: test scoring, item statistics, and item factor analysis. Chicago: Scientific Software, 1991.

Apêndice A – Roteiro de entrevista para discentes

Nº

1.0 Idade: _____

1.1 Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

1.2 União estável:

1 *Sim* 2 *Não*

1.4 Local de Graduação:

1 *Instituição privada* 2 *Instituição pública*

1.6 Na graduação, você participa ou já participou de algum projeto de pesquisa na atenção básica à saúde?

1 *Sim. Qual(is):* _____

2 *Não*

1.7 Na graduação, você participa ou já participou de algum projeto de extensão universitária na atenção básica à saúde?

1 *Sim. Qual(is):* _____

2 *Não*

1.8 Atualmente está matriculado em qual período do curso? _____

- 1) Durante o curso, quais as atividades você realizou na atenção básica?
- 2) Em que momento do curso (Quando?)
- 3) Em que local estas atividades foram realizadas (Onde)?
- 4) Quais as disciplinas e/ou projetos lhe proporcionaram a realização destas atividades?
- 5) Aponte pontos positivos e/ou negativos destas experiências.
- 6) Qual a importância que você dá para a experiência na atenção básica para a formação do fisioterapeuta?
- 7) Como você avalia a formação que o curso de graduação lhe proporcionou para o trabalho do fisioterapeuta do NASF?
- 8) Você está preparado para trabalhar no NASF?
- 9) Qual a sua percepção da proposta do trabalho do NASF?
- 10) Quais os conhecimentos você utilizou para atuar na atenção básica?

- 11) Você conheceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?
- 12) O que você considera importante na PNAB para atuar na AB?
- 13) Cite exemplos de como este caderno ajudou na sua atuação na atenção básica.
- 14) Você conhece o Caderno de Atenção Básica N. 39 acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?
- 15) Quais as diretrizes (fundamentos, princípios) mais importantes para a atuação do trabalho do NASF?
- 16) O que você considera importante neste Caderno?
- 17) Cite exemplos de como este caderno ajudou na sua atuação na atenção básica.
- 18) Como seria sua receptividade diante de uma proposta de trabalho para atuar como fisioterapeuta do NASF?

Apêndice B – Roteiro de entrevista para docentes

1.0 Idade:

1.1 **Sexo:** 1 Masculino 2 Feminino

1.2 União estável:

1 *Sim* 2 *Não*

1.3 Formação:

1 *Graduado* 3 *Mestre*
2 *Especialista* 4 *Doutor*

1.4 Local de Graduação:

1 *Instituição privada* 2 *Instituição pública*

1.5 Local de Atuação:

1 *Instituição privada* 2 *Instituição pública*

1.6 Ano de conclusão do curso?2011.

1.7 Como docente, você participa/participou de algum projeto de pesquisa na atenção básica à saúde?

1 *Sim. Qual(is):*

2 *Não*

1.8 Como docente, você participa/participou de algum projeto de extensão universitária na atenção básica à saúde?

1 *Sim. Qual(is):*

2 *Não*

1.9 Possui pós-graduação na área da Atenção Básica à Saúde?

1 *Sim. Qual(is):*

2 *Não*

1) Quais as atividades são propostas para os estudantes na atenção básica?

- 2) Em que momento do curso (Quando?)
- 3) Em que local estas atividades foram realizadas (Onde)?
- 4) Quais as disciplinas e/ou projetos lhe proporcionaram a realização destas atividades?
- 5) Aponte pontos positivos e/ou negativos destas experiências.
- 6) Qual a importância que você dá para a experiência na atenção básica para a formação do fisioterapeuta?
- 7) Quais conhecimentos orientam as atividades dos estudantes na atenção básica?
- 8) Do ponto de vista da orientação do Ministério da Saúde para o trabalho na atenção básica, quais os documentos são utilizados para embasar a formação?
- 9) O conteúdo da PNAB e do caderno do NASF são abordados com os estudantes?
- 10) Quais os princípios, fundamentos e diretrizes do NASF que são abordados no seu trabalho como docente na atenção básica?
- 11) Considerando que o fisioterapeuta é o profissional mais presente no NASF, como você avalia a formação que o curso de graduação proporciona aos seus estudantes para o trabalho do NASF?
- 12) Você considera que o profissional egresso da IES na qual você está vinculado está preparado para atuar como fisioterapeuta do NASF?

Apêndice C – Questionário de Pesquisa

Dirigido aos discentes, buscando informações sobre o perfil sociodemográfico.

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo: 1 M 2 F

1.3 Estado Civil:

1 *Solteiro* 3 *Divorciado* 5 *Outro*
2 *Casado* 4 *Viúvo*

1.4 Religião:

1 *Católica* 4 *Sem religião*
2 *Evangélico* 5 *Ateu*
3 *Espírita* 6 *Outra (especificar):* _____

1.5 Renda Familiar

1 *Menos de 1 salário mínimo*
2 *De 1 a 2 salários mínimos*
3 *De 3 a 4 salários mínimos*
4 *5 salários mínimos ou mais*

1.6 Local de Graduação:

1 *Instituição privada* 2 *Instituição pública*

1.7 Ano de conclusão do curso?

1 2016 2 2017

1.8 Na graduação, você participa ou já participou de algum projeto de pesquisa na atenção básica à saúde?

1 *Sim. Qual(is):* _____ . 2 *Não*

1.9 Na graduação, você participa ou já participou de algum projeto de extensão universitária na atenção básica à saúde?

1 Sim. Qual(is): _____.

2 Não

2.0 Atualmente está matriculado em qual período do curso? _____.

1 Não se aplica

Levando em consideração o aprendizado adquirido em seu curso de graduação, responda às questões abaixo:

01) Sobre a atenção básica à saúde, assinale a alternativa correta:

- a) É desenvolvida por meio de tecnologias de cuidado básicas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de menor frequência e relevância no país, observando critérios de chegada no território e no serviço.
 - b) É desenvolvida por meio do exercício de práticas de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho por especialidades, dirigidas a populações de territórios indefinidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.
 - c) *É desenvolvida por meio de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.*
 - d) É desenvolvida com o mais alto grau de centralização e hierarquia, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a única porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.
-

02) Sobre os fundamentos e diretrizes da atenção básica, assinale a alternativa correta:

- a) *A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e principal porta de entrada da rede de atenção.*
 - b) A adscrição dos usuários consiste na construção de relações de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, construída ao longo do tempo, apesar de não representar um potencial terapêutico. Já o vínculo é um processo de vinculação de pessoas e grupos a profissionais.
 - c) A longitudinalidade do cuidado refere-se à continuidade do tratamento nos casos das doenças crônicas, com construção de vínculo e responsabilização dos familiares durante o momento do atendimento.
 - d) A integralidade em seus vários aspectos diz respeito às ações de demanda espontânea, separando as ações e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, da ampliação da autonomia dos usuários e coletividades.
-

03) Sobre as características inerentes à atenção básica, assinale a alternativa correta:

- a) O desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes/determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, com foco no processo saúde-doença, sem considerar as condições socioeconômicas do usuário.
- b) O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo seletivo quanto à ordem de chegada.
- c) O serviço de saúde deve se organizar para oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, transferindo a responsabilidade para outro nível de complexidade quando encaminhar o usuário para outros pontos da rede de atenção.
- d) *A Organização que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.*

04) Sobre o papel que a atenção básica deve cumprir para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assinale a alternativa correta:

- a) Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica focada nas doenças/agravos à saúde que acometem os pacientes.
- b) Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, sem a necessidade de acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
- c) *Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para a programação dos serviços de saúde.*
- d) Atuar como mais um serviço de atenção à saúde, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação pontual, com o objetivo de produzir o cuidado integral no âmbito da saúde da família.

05) Sobre as especificidades da Estratégia Saúde da Família, assinale a alternativa correta:

- a) *Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de usuários acompanhados pela equipe.*
 - b) Existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico e enfermeiro, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, outros profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal.
 - c) Carga horária de 30 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família. Podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas para atividades de educação permanente e apoio matricial.
 - d) O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das unidades básicas de saúde devem ser organizados de modo que garantam o atendimento prioritário à demanda espontânea.
-

06) Sobre aspectos do processo de trabalho das equipes de atenção básica, assinale a alternativa correta:

- a) Incluir na programação das atividades o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado dos profissionais de nível superior, recomendando-se a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, facilitando o acesso dos usuários.
- b) Realizar o acolhimento com entrega de fichas, respeitando a ordem de chegada e a proximidade do domicílio do usuário em relação ao serviço, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.
- c) *Conhecer as necessidades de saúde do território, a fim de prover atenção integral, contínua e organizada à população e desenvolver ações educativas que possam interferir contribuir no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.*
- d) Realizar atenção domiciliar destinada a todos os usuários que possuam problemas de saúde descontrolados/descompensados, que não possuem condições financeiras para se deslocarem até a unidade de saúde da família.

07) Sobre as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, assinale a alternativa correta:

- a) *Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).*
- b) Realizar procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, solicitar exames complementares e encaminhar usuários a outros serviços.
- c) Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.).
- d) Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

08) Sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), assinale a alternativa correta:

- a) São equipes multiprofissionais que recebem casos encaminhados pelas equipes de atenção básica por meio de encaminhamentos impessoais, atuando no lócus da atenção especializada.
- b) São equipes multiprofissionais caracterizadas por ser porta de entrada na atenção básica e realizar atendimento especializado a qualquer usuário que procure o serviço.
- c) *São equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de atenção básica, compartilhando práticas e saberes em saúde.*
- d) São equipes multiprofissionais que são constituídas como apoio especializado em espaço físico próprio, como um ambulatório de especialidades.

09) Sobre as diretrizes que orientam o trabalho do NASF, assinale a alternativa correta:

- a) Para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que a equipe de atenção
-

básica disponha de diferentes especialidades para encaminhar, quando necessário, os casos mais complexos, transferindo a responsabilidade da gestão do cuidado.

b) A autonomia dos indivíduos e coletivos é compreendida como exigência básica para o cuidado na atenção básica, sendo uma doação dos profissionais do NASF para os usuários, necessária tanto para o desenvolvimento de ações técnicas quanto para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.

c) *Os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade.*

d) O trabalho em equipe favorece ações integradas e abrangentes, pautando-se pela delimitação de atos profissionais exclusivos, e pela sobreposição dos saberes nucleares e específicos, colocando capacidades a serviço do trabalho coletivo da equipe.

10) Sobre o objetivo do NASF, assinale a alternativa correta:

a) Aumentar o quantitativo de profissionais que compõem as equipes de atenção básica, ampliando o trabalho e o espaço físico das unidades básicas de saúde.

b) *Ampliar o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.*

c) Reduzir o tempo de espera dos usuários para os atendimentos com os profissionais das equipes de atenção básica a partir de ações clínico-assistenciais.

d) Ampliar o repertório de ações da atenção especializada e a capacidade de cuidado em cada nível de complexidade.

11) Sobre as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:

a) O NASF tem como “público-alvo” os usuários em seu contexto biológico. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas sobre sua prática a partir da atenção direta aos usuários.

b) O NASF pode atuar de forma independente na análise dos problemas e na elaboração de propostas de intervenção, na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, de modo integrado e corresponsável.

c) *Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica-sanitária quanto a pedagógica, a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais, entre outras.*

d) Planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas representam atividades necessárias ao NASF, apesar de configurarem um processo burocrático ou até mesmo restritivo às ações assistenciais.

12) Sobre as ações prioritárias para as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:

a) As ações são definidas no momento de implantação do NASF devem ser consideradas definitivas, já que as necessidades e possibilidades de atuação se configuram no trabalho colaborativo e padronizado dos profissionais do NASF.

b) As ações devem ser planejadas como um “cardápio de ofertas” (cuja decisão de utilização é situacional, caso

a caso), proposto como ofertas pré-estabelecidas e fechadas nas unidades básicas de saúde, reforçando a lógica do encaminhamento impessoal.

c) *É fundamental que as ações iniciais dialoguem com necessidades percebidas e que sejam pactuadas com as equipes de atenção básica, evitando a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas.*

d) As ações devem ser demandadas pelos usuários e estabelecidas pelo diagnóstico situacional da gestão. O momento e o jeito da “chegada” devem ser cuidados, no sentido de serem “bons encontros” para ambos (profissionais do NASF e usuários).

13) Sobre a agenda das atividades do NASF, assinale a alternativa correta:

a) Os elementos estruturantes da agenda dos profissionais do NASF devem ser compreendidos como determinantes para sua execução e podem ser ampliados de acordo com os interesses dos usuários.

b) Na estruturação de sua agenda, é importante que o NASF busque sua organização como equipe, lançando mão de diferentes estratégias que deverão ser definidas de modo genérico para serem utilizadas em diferentes situações.

c) O gerenciamento das agendas dos profissionais do NASF é, em primeira instância, responsabilidade dos coordenadores/gestores da atenção básica, devendo ser realizado de forma compartilhada com as equipes de atenção básica posteriormente.

d) *São elementos constituintes da agenda do NASF: Reuniões de matriciamento com as equipes de AB; Atendimentos individuais; Atendimentos domiciliares; Grupos e atividades coletivas; Reunião entre os profissionais do NASF e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município.*

14) Sobre o apoio matricial, assinale a alternativa correta:

a) *O apoio matricial pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada.*

b) O NASF insere-se no âmbito da atenção básica para oferecer o apoio matricial, apesar dos profissionais não participarem da discussão de casos e/ou confecção de projetos terapêuticos com as equipes vinculadas, incorporam conhecimentos ou desenvolvem capacidades para lidar com esses casos em situações isoladas.

c) O apoio matricial, um arranjo preconizado para o trabalho especializado, traz em sua estruturação a potencialidade de ampliar a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e os espaços físicos para as ações em saúde.

d) É um processo que promove a atenção centrada no problema de saúde individual, uma vez que considera a clínica no processo decisório. Para ser efetiva, deve haver a participação ativa dos profissionais do NASF com acompanhamento pela equipe de atenção básica.

Apêndice D – Termo de Autorização de Realização da Pesquisa na IES

Eu, _____,
responsável pelo curso de Fisioterapia desta instituição nos termos da lei em vigor, ratifico que estão sendo seguidos os itens abaixo relacionados e, tendo recebido informações esclarecedoras sobre a pesquisa intitulada por: **“A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONFORMIDADE COM A POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COM A TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM”**, autorizo que:

Esta pesquisa seja realizada pelo pesquisador da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, que tem como objetivo primário: Analisar o processo de formação profissional dos discentes dos cursos de graduação em fisioterapia no Estado da Paraíba para atuação na atenção básica à saúde. E como objetivos secundários: Identificar o perfil sociodemográfico e estudantil dos discentes de Fisioterapia; Verificar a percepção dos discentes de Fisioterapia quanto à formação para atuar na atenção básica à saúde; Investigar as experiências acadêmicas dos discentes de Fisioterapia na atenção básica; Elaborar e validar um questionário de pesquisa para medir o conhecimento dos discentes de Fisioterapia acerca da atenção básica à saúde, tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica N. 39 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Avaliar a habilidade dos discentes de Fisioterapia relacionada à formação para atuar na atenção básica à saúde, com base no modelo ajustado pela Teoria de Resposta ao Item (TRI).

Além disso, fica clara a garantia de que os participantes receberão todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-se em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o segredo das informações reveladas. A segurança de que não serão identificados, assim como está assegurado que a pesquisa não me trará prejuízo/despesa financeira alguma a eles, a mim ou outras pessoas. A garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e contribuição com a comunidade acadêmica científica.

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

João Pessoa, _____, de _____ de 2016.

Uma cópia desta declaração deverá ficar com o representante da instituição.

Certo de estar contribuindo com o conhecimento da comunidade acadêmica conto com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,
Eleazar Marinho de Freitas Lucena

Contato com o pesquisador: Endereço acadêmico: Programa de Pós-graduação em modelos de decisão e saúde, Departamento de Estatística- Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba CCEN/UFPB. Telefone (83) 988037770 ou (83) 999558635. e-mail: eleazar_lucena@hotmail.com

Contato com o Comitê de ética em pesquisa da UFPB: Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW- 4º andar. Campus I- Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco - CEP. 58.059.900 - João Pessoa – PB. Telefones: (83) 3216-7964. e-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho intitulado “**A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONFORMIDADE COM A POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COM A TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM**” terá como objetivo primário: Analisar o processo de formação profissional dos discentes dos cursos de graduação em Fisioterapia no Estado da Paraíba para atuação na atenção básica à saúde. E como objetivos secundários: Identificar o perfil sociodemográfico e estudantil dos discentes de Fisioterapia; Verificar a percepção dos discentes de Fisioterapia quanto à formação para atuar na atenção básica à saúde; Investigar as experiências acadêmicas dos discentes de Fisioterapia na atenção básica; Elaborar e validar um questionário de pesquisa para medir o conhecimento dos discentes de Fisioterapia acerca da atenção básica à saúde, tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica N. 39 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Avaliar a habilidade dos discentes de fisioterapia relacionada à formação para atuar na atenção básica à saúde, com base no modelo ajustado pela Teoria de Resposta ao Item (TRI).
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados a população acadêmica;
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário;
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora responsável no endereço: Rua Doutor João Franca, nº 926, Aptº 303, Manaíra – João Pessoa/PB, CEP: 58.038-190; via e-mail: eleazar_lucena@hotmail.com ou dos telefones (83) 988037770 ou (83) 999558635; ou poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-UFPB) no endereço: Campus I - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS, Cidade Universitária, João Pessoa/PB, CEP: 58.051-900 e através do número (083) 32167791;

- A pesquisa apresenta como critérios de inclusão: alunos dos cursos de graduação de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior no Estado da Paraíba, matriculados no último ano do curso e que já tenham vivenciado algum estágio no âmbito da atenção básica à saúde; e como critérios de exclusão: estudantes que tenham concluído outra graduação ou curso de nível técnico em saúde;
- Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, terá acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora; vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse da pesquisadora e a outra em posse do voluntário.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

João Pessoa, ____ / ____ / ____

Pesquisador _____

Voluntário _____

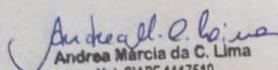
Anexo 1 – Certidão de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 21/07/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONFORMIDADE COM POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COM A TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM”**, da pesquisadora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro. Prot. nº 0288/16. CAAE: 56330416.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB