

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

DANIELA DE MACÊDO PIMENTEL

**BASES METODOLÓGICAS DA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA:
DISCUTINDO O DISTANCIAMENTO ENTRE OS PROCESSOS DE
FORMAÇÃO E A UTILIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO**

João Pessoa
2012

DANIELA DE MACÊDO PIMENTEL

**BASES METODOLÓGICAS DA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA:
DISCUTINDO O DISTANCIAMENTO ENTRE OS PROCESSOS DE
FORMAÇÃO E A UTILIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos de Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

João Pessoa

2012
DANIELA DE MACÊDO PIMENTEL

**BASES METODOLÓGICAS DA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA:
DISCUTINDO O DISTANCIAMENTO ENTRE OS PROCESSOS DE
FORMAÇÃO E A UTILIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO**

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Orientador
(UFPB)

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Orientador
(UFPB)

Profa. Dr^a. Maria Amélia de Campos Oliveira
Membro
(USP)

Prof. Dr. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Membro
(UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro
(UFPB)

João Pessoa
2012

Dedicatória

Aos meus pais, Irênia (in memorian) e Lindalva,
Que me deram plenas condições para que eu chegasse até aqui.

Agradecimentos

À força superior que rege o universo,

Em sua infinita dimensão e magnitude, por toda a energia que me foi oferecida para prosseguir firme e sonhadora, devolvendo, através da erosão de minhas idéias, boas vibrações para o universo ao meu redor.

Ao meu pai, Irênio (*in memorian*),

Por estar sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos, naqueles dias, hoje e para sempre.
Acredito que tenha mais dele em mim que ousasse outrora imaginar.

À minha mãe, Lindalva,

Por ser o meu exemplo de força e determinação. Não seria quem sou hoje sem os seus conselhos, pedidos, convocações e sermões. Obrigada pela paciência nos meus momentos de dúvida, e pelo apoio quando precisei ajustar os ponteiros da vida.

Aos meus familiares,

Por me apontarem, direta ou indiretamente, o rumo certo a tomar. Sou grata pela torcida positiva de cada um de vocês.

Ao Professor Dr. Cesar Cavalcanti,

Serei sempre grata por tudo o que me transmitiu, através da literatura e da vida. Foi através de sua maestria em sala de aula que senti ser reafirmado em mim o desejo de seguir a carreira acadêmica.

Ao Professor Dr. Eufrásio Andrade,

Agradeço a paciência em ensinar-me o quantitativo além dos números.

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB,

Obrigada pela oportunidade de aprimorar minha “bagagem acadêmica”.

Ao meu colega de mestrado e amigo de fé, Allyevison Ulisses (Aliba),

Agradeço cada instante compartilhado, cada história construída. Viver é celebrar e juntos fazemos isso muito bem.

Às minhas amigas de infância, Amanda, Ana Paula, Michelle e Synara,

Vocês são os pincéis que ajudam a colorir a aquarela dos meus dias.

Aos meus “amigos-irmãos”, Bruno e Felipe Barufaldi,

Obrigada pela guarda fraterna na estrada da vida. Esta vitória é de vocês também.

Aos meus amigos, Lucille, David e Flaviano,

Agradeço cada estímulo que me deram para que eu continuasse firme. Obrigada por existirem em minha vida, tornando-a muito mais leve, divertida e inusitada.

Às minhas colegas de trabalho, Alexsandra e Tattiana,

Agradeço a compreensão, o companheirismo e, principalmente, o “apoio”.

Ao colegiado gestor do Distrito Sanitário IV,

Obrigada pela compreensão nos momentos mais difíceis da conclusão desta dissertação.

A CAPES,

Pela disponibilidade da bolsa de estudos.

A todos os participantes desta pesquisa,

Agradeço a imensa contribuição de cada um de vocês.

RESUMO

PIMENTEL, D. M. **Bases metodológicas da formação em fisioterapia: discutindo o distanciamento entre os processos de formação e a utilização da força de trabalho.** 2012. 138p. [Dissertação] João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba.

A partir das bases metodológicas que subjazem ao processo formativo em Fisioterapia e considerando as atribuições do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), buscou-se identificar os pontos de distanciamento entre a formação e a utilização da força de trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica à saúde em João Pessoa/PB. O estudo justifica-se pela necessidade de aprimorar os processos de formação em Fisioterapia, de modo a compatibilizá-los com os requerimentos de sua prática profissional, particularmente no nível primário de atenção à saúde. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e inferencial que comportou, simultaneamente, abordagens quantitativas e qualitativas. Os dados foram analisados a partir do Teste de Hipótese, utilizado como método de tomada de decisão, sendo o material empírico obtido através de entrevistas semi-estruturadas e avaliado por meio da técnica da Análise de Discurso. A análise dos dados revelou, com evidências estatísticas, distanciamentos entre o que afirmam estudantes e professores, no processo de formação do fisioterapeuta nas instituições de ensino superior pesquisadas, bem como divergências entre o que atestam fisioterapeutas e gestores em relação ao processo de trabalho nos NASFs dos Distritos Sanitários do município. A constatação destes distanciamentos sinaliza a existência de lacunas no processo formativo da Fisioterapia em João Pessoa, em que predominam bases metodológicas norteadas por abordagens pedagógicas tradicionais, pouco adequadas à compreensão da realidade dos serviços oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família. Também foram evidenciadas fragilidades no processo de trabalho dos fisioterapeutas dos NASFs, que encontram dificuldade para exercer as atribuições do seu núcleo específico em meio às exigências do Apoio Matricial em João Pessoa. Concluiu-se ser necessária uma reformulação das bases metodológicas que compõem os planos de ensino relacionados à Saúde Coletiva nas instituições que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa, bem como uma melhor utilização da força de trabalho do fisioterapeuta junto aos NASFs, visando a uma redefinição das práticas deste profissional nos espaços da Atenção Básica à saúde.

Palavras-chave: Processo formativo em Fisioterapia; Processo de trabalho em Saúde; Tomada de decisões.

ABSTRACT

PIMENTEL, D. M. **Methodological basis of training in physiotherapy: discussing the detachment between the training process and the use of workforce.** 2012. 138p. [Dissertation] João Pessoa: Graduate Program in Health and Decisions Models. Universidade Federal da Paraíba.

From the methodological foundations underlying the formative process in Physiotherapy and considering the tasks of the physiotherapist at Nucleus of Support for Family Health (NSFHS), attempted to identify the points of separation between training and use of the physiotherapist workforce in primary health care in João Pessoa/PB. The study is justified by the need to enhance educational processes in Physiotherapy, in order to be compatible with the requirements of their professional practice, particularly in primary health care level. This is an exploratory-descriptive and inferential study which included both quantitative and qualitative approaches. Data were analyzed from the Hypothesis Test, used as method of decision making, and the empirical material obtained through semi-structural interviews and evaluated through the techniques of Discuss Analysis. The data analysis showed, with statistical evidences, distances between the students and teachers who say, in the process physiotherapist formation in higher education institutions surveyed, as well as differences between those who attest physiotherapist and managers in relation to the work process in NSFHS of Sanitary Districts of the city. The discovery of these distances indicates the existence of gap in the training process of Physiotherapy in João Pessoa, in which prevail methodological bases guided by traditional pedagogical approaches, unsuitable to the comprehension of the reality of services offered by Family Health Strategy. It was also highlighted weaknesses in the work process of NSFHS' physiotherapists, who find it difficult to carry out the tasks of their specific core through the demands of the Matrix Support in João Pessoa. It was concluded that it is necessary a reformulation of methodological bases that make up educational plans related to Collective Health at the institutions which offer the course of Physiotherapy in João Pessoa, as well as a better use of the workforce of the physiotherapist with the NSFHS, aiming at a redefinition of the practices of this professional at the areas of Primary Health.

Key words: Training process in Physiotherapy; Working process in health; Decision-making.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantitativo de professores e estudantes do estágio curricular supervisionado na atenção básica em cada instituição de ensino.....	71
Tabela 2. Faixa etária dos professores das instituições de ensino que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.....	72
Tabela 3. Faixa etária dos estudantes das instituições de ensino que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.....	72
Tabela 4. Tempo de formação dos professores das quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.....	72
Tabela 5. Preparação prévia para o magistério entre os professores das quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.....	73
Tabela 6. Apresentação das hipóteses testadas segundo a discussão da Portaria GM/MS nº 154/2008 durante o estágio curricular supervisionado nos espaços da atenção básica à saúde.....	74
Tabela 7. Proporções simples dos professores e estudantes, segundo a escolha do nível de atenção mais adequado para o fisioterapeuta se inserir após a formação.....	77
Tabela 8. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível primário de atenção à saúde como o mais adequado para o fisioterapeuta ser inserido	78
Tabela 9. Apresentação das hipóteses testadas segundo a capacidade do fisioterapeuta se inserir em todos os níveis de atenção à saúde após a sua formação.....	80
Tabela 10. Proporções simples dos professores e estudantes, segundo a escolha do nível de atenção para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.....	82
Tabela 11. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível primário de atenção à saúde como aquele para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.....	82
Tabela 12. Carga horária dos estágios curriculares supervisionados na atenção básica.....	84
Tabela 13. Proporções simples dos professores e estudantes, segundo a escolha do nível de atenção para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.....	85
Tabela 14. Apresentação das hipóteses testadas segundo a compatibilidade da formação do fisioterapeuta em relação às exigências da atenção básica à saúde.....	85
Tabela 15. Quantitativo de diretores e fisioterapeutas de cada Distrito Sanitário em João Pessoa/PB.....	87
Tabela 16. Tempo de formado dos fisioterapeutas de cada Distrito Sanitário.....	88

Tabela 17. Proporção simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas acerca da compatibilidade da formação do fisioterapeuta em relação às exigências da atenção básica.....	88
Tabela 18. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível primário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.....	89
Tabela 19. Proporções simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas em relação ao nível de atenção à saúde que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.....	91
Tabela 20. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível secundário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.....	92
Tabela 21. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível terciário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.....	94
Tabela 22. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível terciário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.....	95
Tabela 23. Proporções simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas do NASF de cada Distrito Sanitário acerca do planejamento prévio das atividades da Fisioterapia na atenção básica.	
Tabela 24. Apresentação das hipóteses de teste segundo o planejamento prévio das atividades desenvolvidas pela Fisioterapia nos Distritos sanitários de João Pessoa.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Abordagens do processo ensino-aprendizagem, segundo as classificações de Bordenave, Libâneo, Saviani e Mizukami.....	48
Quadro 2: Bases Metodológicas da Abordagem Tradicional, segundo a classificação de Mizukami.....	50
Quadro 3: Bases Metodológicas da Abordagem Comportamentalista, segundo a classificação de Mizukami.....	51
Quadro 4: Bases Metodológicas da Abordagem Humanista, segundo a classificação de Mizukami.....	52
Quadro 5: Bases Metodológicas da Abordagem Cognitivista, segundo a classificação de Mizukami.....	53
Quadro 6: Bases Metodológicas da Abordagem Sociocultural, segundo a classificação de Mizukami.....	54
Quadro 7. Dados referentes aos cursos de Fisioterapia em João Pessoa/PB.....	65
Quadro 8. metodológicas utilizadas nos estágios curriculares supervisionados na atenção básica dos curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.....	108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONTRUÇÃO DO OBJETO E DO REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 A Reforma Sanitária Brasileira	20
2.2 Fisioterapia: reflexões sobre o ensino e os modelos de formação	26
2.3 O processo de trabalho em saúde e a intervenção do fisioterapeuta na Atenção Básica	33
2.4 Bases metodológicas do processo ensino-aprendizagem em saúde: desafios da docência	43
2.5 Conceitos e aplicações dos métodos estatísticos utilizados	57
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	63
3.2 Opções metodológicas	64
3.3 Cenário de pesquisa	66
3.4 Sujeitos da pesquisa	66
3.5 Instrumentos de coleta e obtenção do material empírico	67
3.6 O trabalho de campo	68
3.7 Análise quantitativa do material empírico	68
3.8 Análise qualitativa do material empírico	69
3.9 Aspectos éticos	69
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
4.1 Abordagens Quantitativas	71
4.1.1 Testes de associação nas instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB	71
4.1.2 Testes de associação nos serviços da Atenção Básica à saúde em João Pessoa/PB	87
4.2 Abordagens Qualitativas	100
4.2.1 Bases metodológicas que norteiam o Estágio Curricular Supervisionado na Atenção Básica à Saúde nos cursos de Fisioterapia em João Pessoa/PB	100

4.2.2 A Fisioterapia na Atenção Básica à saúde em João Pessoa: NASF e apoio matricial	108
---	-----

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
-------------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
-----------------------------------	-----

ANEXOS

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para realização da pesquisa

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Instrumentos de Coleta dos Dados

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Os processos produtivos adotados nos países que formam o chamado “primeiro mundo” têm forte repercussão no comportamento econômico e social dos países em desenvolvimento e são bastante expressivos nos processos de formação de força de trabalho nas áreas da saúde e da educação. Uma das principais contradições decorrentes desse fenômeno é que a automação derivada da substituição do trabalho pela racionalidade tecnológica também eleva o numero de trabalhadores despreparados para responder satisfatoriamente às mudanças ocorridas (SENA-CHOMPRÉ; EGRY, 1998).

No Brasil, a constituição da força de trabalho em saúde tem sido reconhecida como um dos elementos críticos no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde e de educação. A superação das contradições existentes, tanto no âmbito da saúde como no ensino dessa área, passa também por um processo de reflexão coletiva dos agentes de ensino sobre seu trabalho de reprodução ideológica, tanto nas instituições de ensino superior quanto na inserção de seus produtos finais nos serviços de saúde (SILVA, 2003).

As universidades podem ser consideradas reprodutoras da ideologia dominante, utilizadas pelas elites políticas e econômicas como divulgadoras de suas ideologias, mas também comportam um potencial de contra-hegemônico luta desde que provocados pelas classes dominadas.

A vida universitária é palco de contradições que precisam ser identificadas e elucidadas e a estratégia para a efetivação de tais propósitos está centrada na condução de duas vertentes simultâneas e interrelacionadas: uma no âmbito interno das universidades, e outra, na inserção de seu produto final, em termos de força de trabalho, nos serviços de saúde. Para Silva; Egry (2003), o distanciamento entre a prática profissional e as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas que formatam os planos de ensino para a formação da força de trabalho em saúde é parte das contradições no âmbito interno das universidades. A lentidão dessas instituições em ajustar e redirecionar suas ações para retroalimentar o processo formativo de força de trabalho exemplifica as contradições resultantes da inserção das universidades nos serviços de saúde.

Ainda sobre as contradições no âmbito interno das universidades, Libâneo (1989) assevera que a assimilação de conhecimentos e a aquisição de habilidades decorrentes dos processos de ensino não têm valor em si mesmo, mas visam instrumentalizar os estudantes para assumir a condição de sujeitos e agentes ativos de transformação da realidade social que se apresenta insatisfatória. Neste sentido, a escola, os professores e os estudantes integram a dinâmica das relações sociais e, portanto, tudo que acontece no meio escolar está atravessado

por influências políticas, econômicas e sociais que determinam e caracterizam as sociedades de classes.

Sobre as contradições evidenciadas na vertente representada pela inserção do produto final das universidades, em termos de força de trabalho, nos serviços de saúde, vale salientar que:

O modelo biologicista da formação profissional na área de saúde tem restringido a compreensão que esse profissional tem do ser humano e do processo saúde-doença, causando sérias limitações à abordagem terapêutica. A **Fisioterapia**, como profissão da área de saúde, não foge à regra, na medida em que se estruturou a partir do modelo biomédico, o qual foi baseado no paradigma newtoniano-cartesiano, estabelecendo uma visão fragmentada do ser humano e da realidade (UFPB, 2005).

Outro aspecto a ser considerado no âmbito da formação de força de trabalho para saúde e sua utilização pelos serviços da área, no âmbito dos cursos de Fisioterapia, diz respeito à compreensão da concepção de educação:

O aluno é mero objeto no processo ensino-aprendizagem, funcionando como receptor e reproduutor de conhecimentos. Esta concepção tem contribuído para a manutenção das relações de dominação e dos problemas sociais que afligem a humanidade, e apesar de todas as críticas feitas a ela, tem ainda predominado nos cursos da área de saúde (UFPB, 2005).

O Projeto Político Pedagógico do curso de Fisioterapia da UFPB analisa a situação de seus docentes, evidenciando uma preocupante realidade:

Sua formação não o habilita para a docência, e, deparando-se com esta atividade, é comum que ele reproduza as relações pedagógicas vivenciadas durante sua vida acadêmica (UFPB, 2005).

A Resolução nº 12/2005, que aprovou o Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, assevera em sua justificativa e marco teórico-metodológico a importância da realidade social onde o estudante e futuro profissional será inserido, a fim de que este conhecimento não ocasione um “*distanciamento entre o profissional que a universidade forma e aquele que a sociedade necessita*” (UFPB, 2005).

Historicamente, as contradições entre os processos de ensino e o exercício da prática profissional acentuaram-se depois que o Estado redefiniu suas prioridades na área da atenção à saúde, com a Reforma Sanitária. As Diretrizes Curriculares Nacionais abriram possibilidades de mudança nos processos formativos, suscitadas a necessidade de novos perfis profissionais para o enfrentamento dos problemas apresentados pela realidade social do país e, particularmente, do *lócus* de sua ação profissional.

Nesse sentido, o **problema** que motiva esta investigação é o distanciamento entre o processo de formação do profissional de Fisioterapia e sua prática profissional nos serviços da Atenção Básica.

O estudo **justifica-se** pela necessidade de fazer avançar os processos de formação do profissional fisioterapeuta, de modo a compatibilizá-lo com os requerimentos de sua prática profissional, em resposta às necessidades dos usuários dos serviços de saúde, particularmente na área da Atenção Básica. O desafio que se coloca é considerar o aspecto técnico necessário à viabilização do trabalho específico da Fisioterapia, sem abrir mão das dimensões educativas e políticas envolvidas nesse processo.

Com base no exposto, o **objeto de estudo** desta investigação é a formação do profissional fisioterapeuta a partir do conhecimento das bases metodológicas que compõem os planos de ensino que subjazem ao processo formativo e à preparação para inserção no espaço da Atenção Básica à saúde.

Busca identificar os pontos de aproximação e distanciamento dos processos de formação em relação à inserção do profissional fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde. A operacionalização dessa atividade ocorrerá pela identificação das bases metodológicas que suportam a formação em fisioterapia nas quatro instituições de ensino superior que oferecem este curso no município de João Pessoa e pelo confronto dessas informações com as atividades preconizadas para estes profissionais nos Núcleos de Fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dos cinco Distritos Sanitários deste município.

Toma-se como **base metodológica** a união dos elementos *procedimentos, recursos e avaliação*, que compõem os planos de ensino, particularmente os planos de aula utilizados no processo de formação de força de trabalho em saúde e, neste estudo em particular, para formação de profissionais de fisioterapia.

O planejamento do ensino e os objetivos específicos antecipam processos e resultados esperados do trabalho de professores e estudantes, expressando conhecimentos e habilidades (conteúdos programáticos) a serem assimilados de acordo com as exigências metodológicas (procedimentos e recursos) para finalmente sofrerem avaliação de validade (LIBÂNEO, 1989).

A **importância do estudo** reside no fato de que algumas instituições formadoras continuam lançando no mundo do trabalho profissionais de saúde, dentre eles os fisioterapeutas, que desconhecem ou não se interessam pela participação política do curso nos processos da Reforma Sanitária e sua inserção em programas vinculados à Atenção Básica dos serviços de saúde, deixando claro que a participação das universidades nesse processo pode e deve ser repensada.

O estudo também apresenta importância estratégica no atual momento histórico nacional, quando a Fisioterapia e outros cursos conquistaram o direito de ampliar o leque de serviços oferecidos aos usuários da Atenção Básica, sob a égide da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Esse fato acarreta a necessidade de realizar ajustamentos e reorientações nos processos de formação dos profissionais nas instituições de ensino superior em função da nova realidade.

Na busca por mudanças positivas nos processos de formação do fisioterapeuta e nas suas práticas profissionais, questiona-se:

1. Quais são as bases metodológicas que norteiam o processo de formação dos fisioterapeutas nas quatro instituições de ensino superior existentes em João Pessoa-PB?
2. Há distanciamentos entre os processos de formação e utilização de força de trabalho do profissional fisioterapeuta no espaço da Atenção Básica?

Para responder a estas questões, formularam-se os seguintes objetivos:

Geral:

- Compreender o processo de formação do profissional fisioterapeuta e sua inserção no processo de trabalho em saúde no espaço da Atenção Básica.

Específicos:

- Conhecer as bases metodológicas que compõem os planos de ensino para formação do fisioterapeuta nas quatro instituições de ensino superior que oferecem este curso no município de João Pessoa/PB;
- Identificar as articulações entre as Bases Metodológicas utilizadas no processo de formação em Fisioterapia e as ações práticas previstas para estes profissionais na Portaria 154 de 04/03/2008;
- Investigar o posicionamento dos discentes e dos docentes responsáveis pelo Estágio Supervisionado Curricular relativo às atividades na Atenção Básica quanto a aproximações e distanciamentos entre a formação e a prática profissionais.
- Conhecer o posicionamento do colegiado gestor de cada um dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa sobre a inserção dos fisioterapeutas no espaço da Atenção Básica.
- Conhecer o posicionamento dos fisioterapeutas vinculados aos NASFs de cada um dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa sobre seu processo formativo em

relação à prática profissional, por meio da realização de Testes de Hipóteses para Proporção.

Construção do objeto e do referencial teórico

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO E DO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Reforma Sanitária Brasileira

O movimento que originou a Reforma Sanitária no Brasil envolveu inúmeros sujeitos sociais na luta pela transformação do setor saúde - movimentos populares, trabalhadores de saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes de diversos movimentos sociais do país. Foi extremamente importante para orientar as lutas no campo da saúde, tornando possível que o processo de redemocratização, associado a lutas por mais justiça social e equidade, trouxesse à cena novas relações entre Estado e sociedade (ESCOREL, 1995).

No setor saúde, esse movimento permitiu a disseminação da agenda da Reforma Sanitária Brasileira. Essa agenda foi formulada, a partir da década de 1970, sob a liderança de forças democráticas, tendo como principais diretrizes para a política de saúde a universalização, a descentralização e a participação social (BRASIL, 2006).

Com a articulação dos movimentos sociais, as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica tornaram-se mais frequentes e amplificaram-se as reivindicações de solução para os problemas criados pelo modelo ineficiente de assistência à saúde, cuja atenção restringia-se a campanhas de baixa eficácia, em um quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população (GERSCHMAN, ELDER, 2006).

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida no contexto da história do Estado brasileiro, com início no período colonial, e do interesse em manter saudável a mão-de-obra, com grandes mudanças após a industrialização e a criação de fundos de aposentadorias e pensões. Entender o impacto das transformações das políticas de saúde no país, tendo como eixo principal a análise do direito à saúde, é essencial para a compreensão crítica do que significa atualmente o sistema de saúde no país (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Na década de 1920, novas ações para o controle das doenças foram implementadas tanto na área da saúde pública quanto da assistência médica individual. Logo, foram

instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), uma espécie de seguro social para algumas organizações trabalhistas ligadas à produção exportadora. O direito à assistência e à saúde era, portanto, restrito aos segurados (PAULUS JÚNIOR, CORDONI JÚNIOR, 2006).

Somente na década de 1930, com o crescimento da industrialização, instituiu-se um sistema de proteção social, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliaram o papel das CAPs. Contudo, os IAPs ainda mantinham a exigência de contribuição trabalhista para a garantia do benefício, que era discriminado de acordo com a categoria profissional (PAIM, 2003).

Na década de 1950, o hospital tornou-se o principal ponto de referência para a busca de atendimentos de saúde. O modelo manteve sua organização em dois grupos: ações e serviços de saúde pública e o sistema previdenciário, com políticas isoladas que atendiam a diferentes objetivos. Também nessa época foi criado o Ministério da Saúde, que se dedicava às atividades coletivas de assistência nessa área (PAULUS JÚNIOR, CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os IAPs e centralizando a previdência social. A consequência mais evidente da concentração do poder dos IAPs foi a uniformização dos benefícios prestados à população atendida. Nesse período, a Previdência Social firmou-se como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, com extensão da cobertura assistencial.

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS incluiu novas categorias profissionais, mantendo, contudo, a exigência de comprovação do vínculo com o INPS por meio da carteira de trabalho ou do carnê de contribuição para garantir a assistência hospitalar. Assim, muitos cidadãos continuavam sem direito à atenção à saúde.

Nessa década, o Ministério da Saúde manteve suas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de vacinação e os programas contra determinadas doenças, enquanto a assistência médica individual ficava centrada no INPS. A política assistencial privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento de atividades hospitalares financiadas pelo Estado (PAIM, 2003; PAULUS JÚNIOR, CORDONI JÚNIOR, 2006).

De fato, não havia um sistema de saúde; as ações eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem integração. Ao Ministério da Saúde cabia a responsabilidade da formulação de políticas e ações de caráter coletivo e ao Ministério da Previdência e Assistência Social, a realização da assistência médica através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que efetivamente controlava e avaliava as ações de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2010).

No fim dos anos 70 e início dos anos 80, houve uma efervescência dos movimentos sociais frente ao agravamento das desigualdades e ao afrouxamento do regime autoritário. Nesse período, por todo o país, emergiram movimentos sindicais cada vez mais articulados, em especial na área da saúde. Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o que significou a intensificação do debate e da sistematização de propostas alternativas ao modelo assistencial vigente (BRASIL, 2006).

O volume cada vez maior de recursos exigido para a medicina curativa resultou em grave crise no sistema previdenciário e apontou para a necessidade de repensar a política de saúde. Com um cenário de crise política, institucional e econômica decorrente do regime militar e da composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica o desenvolvimento social (entendido como desenvolvimento de políticas públicas de saúde, saneamento e habitação), houve um fortalecimento do movimento sanitário, que buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil, pregando a saúde como direito de todo o cidadão, a integração das ações de saúde em um único sistema, a gestão administrativa descentralizada para estados e municípios e a participação e controle social das ações de saúde pelo Estado (PAULUS JÚNIOR, CORDONI JÚNIOR, 2006).

Neste recorte cronológico, é importante mencionar, com base nos estudos de Arantes (1999), a Reforma Universitária Brasileira, sob a égide da Lei nº 5.540/68 e a proposta da Medicina Comunitária formulada nos Estados Unidos, na década de 1960, difundida por agências internacionais, entre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

Para Vidal (1975) *apud* Arantes (1999), a Medicina Comunitária foi ensaiada pelos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Integral. Tinha como perspectiva um conjunto de ações intra e extra-hospitalares realizadas por equipes de saúde, com a participação ativa da comunidade, integrando aspectos curativos, preventivos, educativos e de reabilitação física e psíquica. A metodologia dessas ações de saúde passava pela observação dos problemas mais freqüentes nas comunidades, a identificação de líderes formais e a utilização de organismos já existentes de planejamento participativo.

Vale lembrar que a implementação da proposta de Medicina Comunitária no Brasil restringiu-se ao interior das escolas médicas, mais precisamente, aos departamentos de Medicina Preventiva e Social, que procuravam integrar a formação aos serviços de saúde, suscitando na consciência dos estudantes da área da saúde que este setor era autônomo politicamente (MARSIGLIA, 1995 *apud* ARANTES, 1999; GERSCHMAN, 1995).

O movimento foi iniciado pela Medicina Preventiva e Medicina Integral e continuado pela Medicina Comunitária. Foram incluídos temas de Ciências Sociais e incorporaram antropólogos e sociólogos na realização de pesquisas.

[...] abriram a possibilidade para que fosse repensada a dimensão social do processo saúde-doença, a superação da dicotomia preventivo x curativo e da prática individual de ações de atenção à saúde [...] (MARSIGLIA; SPINELLI 1995 *apud* ARANTES 1999, p. 87).

Também merece destaque outro acontecimento fundamental nos movimentos de base da Reforma Sanitária, que foi a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, em 1978. Nessa Conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do ser humano, sob a responsabilidade política dos governos, reconhecendo-se, então, a sua determinação intersetorial (GERSCHMAN, 1995).

O movimento sanitário brasileiro emergiu, portanto, em um contexto de reformulação das políticas de saúde vigentes, discutindo a prática da saúde numa perspectiva histórico-estrutural que buscava apreender as relações entre saúde e sociedade e superar o modelo da medicina curativa e biomédica que se expandiu no período militar.

A Reforma Sanitária brasileira, como fenômeno histórico e social, pode ser analisada como *idéia-proposta-projeto-movimento-processo*. *Idéia*, porque se expressou em percepção, pensamento e representação de atores sociais envolvidos ativamente no setor saúde; *proposta*, posto que atuou como um conjunto articulado de princípios e proposições políticas para transformar o modelo de saúde ineficiente; *projeto*, já que se apresentou como síntese contraditória de políticas a serem reformuladas; *movimento*, porque promoveu uma articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; e *processo*, pois, definiu um encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que englobaram práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008).

Nessa conjuntura, ocorria um questionamento do autoritarismo em todas as suas formas, com ampliação dos espaços políticos em busca da democratização da sociedade brasileira mediante a “contra-politização da saúde” exercida pelos trabalhadores dessa área e setores populares. Discutia-se a crise da saúde e o autoritarismo impregnado ao processo de trabalho, propondo-se uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas (PAIM, 2008).

Reconhecia-se, dessa forma, a importância do setor saúde como componente das políticas sociais e a responsabilidade intransferível do seu sistema de serviços na atenção à saúde da população. Ressaltava-se, também, que o perfil de saúde de uma coletividade depende das condições vinculadas à estrutura da sociedade, requerendo ação articulada de um

conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc.

Nessa perspectiva, a Reforma Sanitária Brasileira apresentava no seu *projeto* uma relação com outras dimensões, tais como a seguridade social, a cidadania e as questões educacionais. Assim, promover saúde implicaria conhecer como se apresentavam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que fosse possível intervir socialmente na sua modificação (PAIM, 2008).

A transição que possibilitou a inclusão, na cena política e em aparelhos estatais, de sujeitos oriundos de movimentos sociais que lutaram contra a ditadura e pelo reconhecimento dos direitos sociais, pode indicar a atuação de atores políticos que apostaram no desenvolvimento da cidadania, apontando para a possibilidade de uma reforma democrática do Estado no Brasil (GERSCHMAN, ELDER, 2006).

A década de 80 teve início com um movimento cada vez mais forte de contestação do sistema governamental. As propostas ansiavam por uma urgente democratização do setor saúde, participação popular, universalização dos serviços e descentralização das ações.

Como expressão dessa nova era, destacou-se a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada o momento mais significativo do movimento pela democratização da saúde em toda a história do Brasil. Nesta Conferência foi aprovada a diretriz da universalização da saúde, sendo constituído o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), que se apresentou como estratégia-ponte para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que constituiu um novo arcabouço institucional, com separação total da saúde em relação à previdência (PAULUS JÚNIOR, CORDONI JÚNIOR, 2006; GERSCHMAN, ELDER, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco em termos de representatividade, pois envolveu a participação de aproximadamente quatro mil pessoas, tendo um caráter político relevante, resgatando a discussão sobre o papel do Estado e sobre a cidadania. Além disso, constituiu o ápice da conformação político-ideológica do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, provocando discussões e reflexões nos diversos segmentos que compunham o setor saúde (ARANTES, 1999).

Estava assim lançado o *projeto* da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado e sistematizado na VIII Conferência Nacional de Saúde e formalizado, posteriormente, na Assembléia Constituinte. A Conferência traduziu-se em um grande gesto de desejo e força que招ocou os atores sociais para a construção de um grande projeto nacional como referência para as mudanças necessárias com vistas a uma sociedade democrática e socialista

no Brasil (PAIM, 2008).

A conquista da democracia permitia uma atenção maior para a opinião pública e a mobilização e organização da população na defesa dos seus direitos. A consciência do direito à saúde ia sendo progressivamente irradiada para a população que passava a cobrar a garantia e a melhoria dos serviços.

Em 1988, concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a VII Constituição do Brasil, considerada um marco na área da saúde pública para o país. Esta Constituição trouxe em seu Artigo 196 a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, e a garantia, mediante políticas sociais e econômicas, de redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A nova conformação do setor saúde rompeu definitivamente com o padrão político anterior e afirmou um compromisso de proteção social abrangente, justo e democrático, proporcionando a descentralização do poder decisório do governo federal para os vários níveis de governo (União, Estados e Municípios), sendo as responsabilidades redistribuídas quanto às ações e aos serviços de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A Reforma Sanitária Brasileira propôs uma nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil, investindo na participação de novos sujeitos sociais na definição da política setorial. Dessa forma, quando se percebe o movimento sanitário como um “longo processo”, vinculado à democratização da saúde, constata-se a sua natureza política e as suas conquistas no que se refere à democracia e à saúde, em que o SUS desempenha um importante papel. (BRASIL, 2006).

Campos (2007) fez um levantamento acerca da sustentabilidade do SUS, abordando sete estratégias para sua implementação, sugerindo diretrizes para a consolidação e prosseguimento das vitórias conquistadas com a Reforma Sanitária Brasileira. Esse mesmo autor afirma que o SUS ainda se move, sendo, portanto, uma reforma social ainda incompleta. Identifica sintomas tanto de crescimento quanto de degradação e impasses na implementação do SUS, tais como financiamento insuficiente, expansão da atenção primária velocidade e qualidade abaixo da necessária, regionalização e integração entre municípios e serviços praticamente inexistente, além da baixa eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados. Alerta para o fato ainda mais grave: a impressão de que há um desencantamento com o SUS, um descrédito quanto a sua capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional. E finaliza afirmando que a defesa e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras rationalidades, compreendendo que as políticas públicas podem se

constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar esses obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. Além disso, é importante lembrar que o “carro-chefe” do SUS deve ser o movimento social poderoso e multifacetado que lhe deu origem e que a saúde deve atuar conjuntamente com outros setores sociais, valendo-se de estratégias para articular a defesa do SUS às reformas de ordem social e política brasileira.

Além das lacunas importantes no desenho da proposta do SUS, como o financiamento e a descentralização das ações, outro aspecto relevante é o fato de que os serviços, os profissionais de saúde e também a população aprenderam durante anos uma prática de saúde que não buscava o olhar integral. Com a reforma ocorrida no sistema de saúde é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo em meio à coletividade (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Não se deve esquecer que o processo da Reforma Sanitária Brasileira conseguiu, ao longo destas duas últimas décadas, apesar de todas as dificuldades, estender a cobertura assistencial do setor saúde a toda a população brasileira. Foi um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, tendo como premissas: a) visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a assistência médica, envolvendo todas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que subordinar ações e serviços de saúde ao interesse público; d) acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; e) constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; f) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; g) distritalização das ações; e h) gestão colegiada do serviço (PAIM, 2008).

Essas conquistas são do povo brasileiro e devem ser por ele preservadas e melhoradas, para que a Reforma Sanitária do Brasil não fique registrada apenas nas décadas passadas, mas que seja notoriamente percebida nos dias de hoje.

2.2 Fisioterapia: reflexões sobre o ensino e os modelos de formação

A Fisioterapia surgiu no Brasil a partir de 1929, com a criação do primeiro curso

técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A motivação principal para sua criação foi o grande número de portadores de seqüelas da poliomielite, então com elevada incidência no país, que apresentavam distúrbios do aparelho locomotor, e também o crescente aumento de acidentes de trabalho (BISPO JÚNIOR, 2009).

Considerada uma profissão recente, com menos de quarenta anos de regulamentação, a formação em fisioterapia no Brasil evoluiu de forma lenta nas décadas de 70 e 80, elevou consideravelmente o número de cursos e de vagas na década de 90 e atingiu acelerada expansão a partir de 1997 (PEREIRA, ALMEIDA, 2006).

Durante a primeira metade do século passado, o quadro epidemiológico brasileiro caracterizava-se pelo predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as epidemias de varíola, malária, febre amarela, poliomielite, tuberculose e sífilis. Essas doenças e suas seqüelas ocasionaram a diminuição da mão de obra disponível, o que pressionou o Estado brasileiro no sentido de garantir força de trabalho. A reação veio sob a forma do sanitarismo campanhista, movimento sanitário que objetivava debelar as grandes epidemias que assolavam o país. À época, compreendia-se a saúde como um instrumento de sustentação econômica e não como direito social da população (PEREIRA, ALMEIDA, 2006).

Nesse período, o Brasil também passou por mudanças em sua economia, deixando a condição de país agroexportador para adotar o modelo de produção capitalista, com o surgimento das primeiras indústrias. Por outro lado, o desenvolvimento industrial fez crescer o número de trabalhadores acidentados e lesionados e a consequente necessidade de reinserção desses trabalhadores no mercado de trabalho. Assim, a fisioterapia surgiu como instrumento de reabilitação da mão de obra e sua reintegração à força produtiva, num momento turbulento da sociedade brasileira, de forte crise no setor saúde e com grandes implicações para a população (PAIM, 2003).

A regulamentação da fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu em 1969, com o Decreto-Lei 938/69, no auge da ditadura militar no país, quando se agravaram as condições de saúde da população devido aos agravos epidemiológicos e à deficiência do sistema assistencial brasileiro (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

Após a promulgação do Decreto-Lei 938/69, a profissão ganhou *status* de nível superior e adquiriu responsabilidades privativas, relacionadas à restauração, ao desenvolvimento e à conservação do movimento humano. Só após 14 anos de regulamentação da profissão, em 1983, o Conselho Federal de Educação estabeleceu os currículos mínimos para a formação de fisioterapeutas. Com a Resolução 4/83, o Conselho Federal de Educação instituiu o tempo de formação do fisioterapeuta em quatro anos e com pelo menos 3.240

horas, bem como determinou que as disciplinas integrantes do currículo mínimo deveriam ser divididas em quatro ciclos de matérias: biológicas, de formação geral, pré-profissionalizantes e profissionalizantes (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

Quando foi regulamentada a profissão, existiam no Brasil apenas seis cursos dessa graduação. Em 15 anos surgiram mais 16, totalizando 22 cursos em 1984. Nessa fase, o crescimento da oferta de vagas foi lento, o que se pode explicar por dois fatores principais: a pequena expansão do ensino superior no país, em decorrência da repressão do regime militar à educação superior, foco de resistência do regime ditatorial, e o pouco conhecimento das competências e dos benefícios da fisioterapia sobre a saúde da população.

Durante a década de 80 e a primeira metade da década seguinte, a expansão dos cursos de fisioterapia seguiu a mesma tendência de crescimento lento, atingindo o total de 63 em 1995. A partir da segunda metade dos anos 1990, a abertura de novos cursos aumentou de maneira exponencial. Essa rápida expansão acelerou-se nos anos subsequentes. Entre 1999 e 2003, o número de cursos saltou de 115 para 298, o que representou um aumento de 159% em apenas cinco anos; nos cinco anos posteriores, o crescimento de 60% levou ao total de 479 cursos (BISPO JÚNIOR, 2009).

O mesmo autor defende que, nos últimos dez anos, a quantidade de cursos e a oferta de vagas de fisioterapia no Brasil aumentaram em mais de 300%, com a criação de 364 novos cursos. Esse crescimento, a partir da segunda metade da década de 90, foi motivado pela inversão dos valores adotados nos anos 1970, sendo o principal fator determinante a política adotada pelo Estado brasileiro, de corrigir o déficit da escolaridade superior no país.

Assevera ainda que o campo de atuação profissional do fisioterapeuta apresenta uma considerável saturação do mercado de trabalho, isto porque ocorreu uma expansão muito rápida do número de cursos e, consequentemente, maior oferta de profissionais, acompanhada de uma diminuição, ou quase extinção, da oferta de empregos em algumas regiões, bem como da precarização dos vínculos e condições de trabalho. Essa situação foi potencializada em virtude da ampliação dos cursos de fisioterapia fundamentar-se na lógica curativo-reabilitadora-flexneriana.

O modelo de formação flexneriano fundamenta-se no paradigma biológico e valoriza a tecnificação do ensino, o estímulo à especialização e a ênfase na pesquisa biológica. Embora tenha contribuído para o avanço tecnocientífico na área de saúde, tornou-se inadequado ao promover formação excessivamente tecnicista e com visão privatista da assistência (PAIM, 2003). Em 2010, o Relatório Flexner completou 100 anos e foram lançados inúmeros trabalhos que, de certa forma, “reabilitam” o Flexner, que foi

“demonizado” como o responsável pelo modelo biomédico.

Além disso, devido ao modelo curativo de atenção à saúde desenvolvido no país no período militar e à ausência de regulamentação curricular na década de 70, a fisioterapia consolidou-se como profissão reabilitadora e direcionou-se para o nível terciário. A profissão cresceu, ampliou suas especializações e seu campo de atuação, majoritariamente com a lógica privatista da assistência. Esses fatores contribuíram para a dificuldade de ampliação do campo de atuação da fisioterapia, em virtude do perfil profissional limitado para atuação em outros níveis (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Nesse contexto, pode-se afirmar que o modelo de formação neoliberal-capitalista encontrou sólido alicerce no já estruturado modelo biologicista-privatista, que privilegiou o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e fundamentou-se nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura (PAIM, 2003).

Gallo (2005) chama a atenção para o fato de que o fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde, em que a formação é direcionada para a doença, padece desse infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como “o profissional da reabilitação”, isto é, aquele que atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida.

Rebelatto e Botomé (1999), ao estudar o objeto de trabalho e a formação em fisioterapia no Brasil, também destacaram a limitação da prática fisioterapêutica direcionada para o indivíduo doente. Outros autores, tais como Meyer, Costa, Gico (2006) e Silva; Da Ros (2007) também referem a inadequação da formação em fisioterapia e sua descontextualização aos princípios do SUS e aos novos modelos de atenção, voltados para a proteção e a promoção da saúde.

Para uma atuação capaz de responder às necessidades de ampliação de seu objeto, a fisioterapia precisa redimensionar seu processo de trabalho, aproximando-se do campo da promoção da saúde e do movimento da Saúde Coletiva, sem abandonar as competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta (BISPO JÚNIOR, 2009).

A aproximação entre a fisioterapia e o campo de conhecimento da Saúde Coletiva tem como propósito ampliar o campo de prática da profissão e disponibilizar novos saberes capazes de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida. A defesa da inserção da fisioterapia na Saúde Coletiva, em especial na Atenção Básica, não se pode restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho do fisioterapeuta; acima de tudo, deve

pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da área de saúde (SILVA, DA ROS, 2007).

Salmória e Camargo (2008) afirmam que as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na Saúde Coletiva maximizam o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas e influenciando positivamente na melhoria das condições de vida desses grupos.

Também vale ressaltar que profissionais com formação na área de saúde devem ser capazes de trabalhar em equipe, com qualidade e compreensão das ações preventivas. Um currículo transdisciplinar deve conter disciplinas e experiências práticas que busquem o conhecimento, habilidades e valores necessários ao trabalho multidisciplinar em uma equipe de saúde.

De acordo com Meyer; Costa; Gico (2006), quando o currículo tradicional é empregado, direciona-se o foco dos conteúdos programáticos para disciplinas específicas, sem a flexibilidade necessária a uma formação profissional direcionada à atenção básica à saúde. Os autores afirmam que esse tipo de modelo apresenta-se como um “currículo de doenças”, que dificulta o crescimento e o desenvolvimento de uma formação transdisciplinar para o futuro fisioterapeuta.

Uma das possibilidades que o profissional da fisioterapia tem em atuar com uma equipe multiprofissional é no trabalho com a comunidade, lugar em que ele deve ser abrangente em sua participação com a comunidade/grupo para o qual trabalha, bem como para com a equipe da qual faz parte.

Schmidt (2002), em pesquisa qualitativa com coordenadores de cursos de fisioterapia do Estado do Paraná, e com análise documental dos projetos pedagógicos e dos planos de ensino das disciplinas de Saúde Pública e Fisioterapia Preventiva, apontou avanços no tocante a consciência de que são necessárias mudanças estratégicas nos currículos para garantir a formação de um profissional competente e que contribua para a construção do setor saúde no Brasil, proporcionando melhores condições de vida aos cidadãos.

Schwingel (2002) assevera que o acadêmico de fisioterapia tem pouco interesse nas disciplinas do campo social, como a Sociologia, Antropologia, Saúde Coletiva, Fisioterapia Preventiva e Atuação Comunitária, em detrimento das disciplinas exclusivamente técnicas como Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, e que, na ausência do debate social e análise da realidade, perde-se uma parcela importante da formação.

Silva e Da Ros (2007) também chamam a atenção para a compreensão limitada, por parte de profissionais e estudantes, das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à saúde. Meyer; Costa e Gico (2006) consideram que a estrutura, a metodologia de

ensino e a organização curricular dos cursos de fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde, e que existe pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais.

Um dos fatores que contribuem para explicar essa situação é a própria opção da fisioterapia em se constituir como profissão liberal, direcionada para o atendimento à classe média e aos estratos de maior poder econômico. Durante muitos anos, o fisioterapeuta atuou como profissional autônomo, desenvolvendo atividades quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético. Parece ter ocorrido certa letargia, por parte desses profissionais, em discutir e apresentar proposições sobre as contribuições da fisioterapia para promoção da saúde e prevenção de doenças e sobre a intervenção em âmbito coletivo (BISPO JÚNIOR, 2009).

Rebelatto e Botomé (1999) denominam essa situação de “inércia profissional”, caracterizada pela passividade dos profissionais, que só atuam em face de problemas de saúde já instalados e só prestam assistência aos que procuram os serviços quando não suportam mais sua condição patológica. Nesse caso, destacam-se como *lócus* de atuação o hospital e a clínica de reabilitação, espaços tradicionalmente estabelecidos e popularmente valorizados para a prática fisioterapêutica. A priorização desses espaços condiciona e restringe as possibilidades de intervenção a apenas um nível de atenção, a reabilitação. Tal situação impõe à população grande carga de doenças e seqüelas que poderiam ser, muitas vezes, evitadas.

A promulgação das leis 8.080/90 e 8.142/90, que criaram e regulamentaram o SUS, constituiu o marco do novo modelo de atenção à saúde, segundo o qual ficou estabelecida prioridade das ações de promoção e proteção à saúde, sem prejuízo das atividades assistenciais. No entanto, contraditoriamente, verificou-se no país o crescimento da assistência privada e suplementar, em paralelo ao desenvolvimento precário do sistema público, universal e integral (BARRETO, CARMO, 2007).

Nesse cenário, quanto ao modelo de formação, as instituições de ensino mantiveram e aprofundaram o modelo curativo-reabilitador-privatista, formando fisioterapeutas a partir da concepção de profissional liberal. Estimulou-se o aprimoramento tecnicista sob o discurso da crescente concorrência do mercado de trabalho, em que o domínio do conhecimento biológico e das técnicas de reabilitação eram requisitos suficientes e necessários para o estabelecimento no mercado (SCHWINGEL, 2002).

Diante desse contexto, pode-se perceber que a fisioterapia optou por direcionar sua atuação para o sistema suplementar de assistência, e convênios e planos de saúde constituíram

os espaços para o acesso aos serviços de fisioterapia. Frente aos desejos e às necessidades dos usuários-pagantes, a fisioterapia aperfeiçoou e desenvolveu novas especialidades, a exemplo da fisioterapia estética, drenagem linfática, reeducação postural global, pilates e acupuntura. A profissão elitizou-se, o acesso dos usuários do sistema público tornou-se ainda mais difícil e a qualidade do atendimento não acompanhou a evolução do sistema privado (BISPO JÚNIOR, 2009).

O mesmo autor prossegue afirmando que ocorreu uma forte desigualdade na distribuição dos cursos de fisioterapia, com uma expansão majoritária a partir da iniciativa privada. Embora se deva destacar que a rede pública ampliou o número de cursos em mais de 100% no período observado, o aumento se apresenta de forma muito mais expressiva na rede privada. Percebeu-se, também, clara contradição entre o número de profissionais existentes e as necessidades de assistência da população. De um lado, encontra-se grande contingente de profissionais aptos a prestar assistência; de outro, a população desassistida e com carência de oferta de serviços de saúde.

Dessa forma, a chamada saturação do mercado de trabalho da fisioterapia não corresponde à plenitude da atenção à saúde da população. O que se encontra saturado é o campo privado, de atuação curativista, orientado pela lógica do lucro, ao qual o acesso é determinado pela capacidade de pagamento e não pelas necessidades individuais ou coletivas (SALMÓRIA, CAMARGO, 2008).

Portanto, pode-se considerar que, contrariamente à existência de excesso de profissionais, o que ocorre é a carência de fisioterapeutas em atuação nos níveis primário e secundário. Fica claro que não basta que o SUS, como mediador coletivo, proporcione a aproximação entre a fisioterapia e as necessidades da população; a fisioterapia deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção e o atual perfil epidemiológico da população (BISPO JÚNIOR, 2009).

O despertar da fisioterapia para a necessidade de redimensionamento do modelo de formação e da construção de outro perfil profissional ainda é recente. Neste início do século XXI, iniciou-se, então, mesmo que lentamente, um processo de transformação do ensino da fisioterapia no Brasil.

Em 2002, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, marco importante na orientação e transformação do ensino, em que foram definidos princípios, fundamentos e condições para a formação em todas as instituições nacionais de ensino. A partir de então, ficou estabelecido que o perfil do profissional egresso deveria ser generalista, com formação crítica, humanista e

reflexiva, e com capacitação para atuar em todos os níveis de atenção. Definiu, ainda, como objeto de trabalho da profissão o movimento humano em todas as suas dimensões, destacando que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema em âmbito tanto individual como coletivo (BRASIL, 2003).

A Carta de Vitória (2004), documento-síntese do 1º Congresso Nacional do Ensino da Fisioterapia, estabeleceu o referencial para a qualidade da formação na área. O documento sublinhou os principais problemas do ensino da fisioterapia e propôs algumas medidas de referência para a qualidade do ensino, tais como: carga de 4.500 horas, adequação dos currículos às necessidades regionais, incorporação de princípios e diretrizes do SUS no processo de formação e desenvolvimento de práticas comunitárias (CARTA DE VITÓRIA, 2004).

Porém, mesmo diante de tais avanços, ainda hoje os profissionais da Fisioterapia apresentam determinadas características que não atendem ao novo modelo de formação em saúde, registrando-se a perda da humanização de seus atendimentos, o excesso tecnológico da assistência e a superespecialização das áreas, que resultam mais em uma atuação ligada à realização de tratamentos do que a cuidados propriamente ditos (MEYER, COSTA, GICO, 2006).

2.3 O processo de trabalho em saúde e a intervenção do fisioterapeuta na Atenção Básica

A sociedade contemporânea passa por transformações complexas e significativas em face da reestruturação produtiva do capitalismo global. Mudanças na economia e nas relações internacionais, avanços científicos e tecnológicos diferentes relações de produção impuseram nova ordem econômica e política, com reflexos em vários aspectos da vida social. Na área da saúde, verificam-se proposições e o desenvolvimento de alternativas para adequação do setor a essa ordem estabelecida (BISPO JÚNIOR, 2009).

O sistema de saúde brasileiro, não obstante as conquistas do movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é palco de disputa para dois projetos que se enfrentam e convivem contraditoriamente. De um lado, encontra-se o projeto oriundo do movimento sanitário, fundamentado nos valores da solidariedade e nos princípios de universalidade, integralidade e equidade; e de outro, o projeto neoliberal, que defende a segmentação e a privatização como alternativas de organização do setor e que atribui aos próprios usuários a responsabilidade pelos serviços de saúde (MENDES, 2001).

Atualmente, a forma de organização dos serviços de saúde, aliada aos valores sociais

vigentes e ao modelo econômico e político, influencia diretamente a formação e o perfil dos profissionais da área. Necessidades, demandas e exigências do mercado de trabalho, provocadas pela reestruturação produtiva, acabam por influenciar, em maior ou menor proporção, a formação profissional. Dessa forma, o papel a ser desenvolvido pelos profissionais pode variar entre o atendimento às exigências do mercado e o protagonismo na reversão da realidade epidemiológica (BISPO JÚNIOR, 2009).

Também são notórias as dificuldades entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. No primeiro caso, há o risco da transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo, na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção não pode ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento.

Os resultados desse modelo, baseado na especialidade e na diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas, têm sido tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes, com mais sofrimento e restrições impostas aos clientes e perda da visão integral do sujeito que necessita de cuidados em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Pires (2003) defende a posição de que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do *lócus* do trabalho com deformidade.

Este mesmo autor afirma que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. Pires (2003) prossegue afirmando que o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. Trata-se de um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional, envolvendo características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal.

O modelo assistencial vigente nos serviços de saúde guia-se pela ótica hegemônica neoliberal e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações

tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos. Nesse modelo, Schraiber *et al.* (1999) afirmam que há uma tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho.

Merhy (2007) considera que a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação entre as linhas de intervenção e os sistemas de informação e a burocratização são problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Para o autor, o trabalho dos profissionais de saúde ainda sofre influências tayloristas, traduzidas em acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas pela crença na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho.

Campos (1999) também considera que os serviços de saúde ainda vem sendo governados segundo diferentes variações do taylorismo, que, em linhas gerais, pode ser traduzido como uma tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. É como se a participação ficasse restrita aos Conselhos de Saúde ou nas Oficinas de Planejamento, e daí para a frente, passasse a operar uma lógica tradicional de gerência: poder centralizado nos chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica etc) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios etc), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos.

A noção de trabalho em saúde, utilizada por Mendes-Gonçalves (1992), baseia-se na divisão do trabalho para defender que a atenção à saúde, planejada e executada de forma a atingir o que se propõe, compreende uma série diversificada de ações para as quais se torna necessário um elenco diversificado de trabalhadores. Desta forma, é necessário conseguir o relacionamento consciente e coordenado de um certo número de profissionais para que o conjunto do trabalho executado, o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um só fim e não na justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos.

O trabalho em equipe pressupõe a interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo para coordenar seus planos de ação. O processo de trabalho, então, determina-se como um sistema de forças naturais dominadas que funciona como intermediário entre o homem e a natureza, isto é, como intermediário na diferenciação do homem como ser natural.

Mendes-Gonçalves (1992) afirma que, enquanto processos de trabalho específicos, os processos de trabalho em saúde não contêm, como dados invariantes internos a si próprios, nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural”. Seus objetos e as necessidades que satisfarão são sempre humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinados. É necessário pensar que critérios permitem, então, observar, em processos de trabalho sócio-historicamente específicos, uma continuidade que permita identificar sua identidade abstrata de processos de trabalho em saúde.

Merhy (1997) aponta alguns eixos operativos úteis para potencializar o trabalho em saúde, tais como o jogo entre autonomia e responsabilidade, gestão participativa e mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. Defende que podem ser tentados alguns arranjos institucionais que combinem autonomia e responsabilidade, e que o principal critério para validar um arranjo institucional é a capacidade de “produzir saúde” do serviço ou da equipe. Assevera também que é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, e isto pode ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitam o envolvimento e a participação em novas formas de funcionamento institucional, na reinvenção como possibilidade cotidiana, comprometendo trabalhadores com a missão e os projetos institucionais.

As proposições para a força de trabalho em saúde em saúde apresentam questões mescladas por novos e antigos problemas que abrigam interesses múltiplos e diversificados, indo desde o extremo da reivindicação pela antiga isonomia salarial até o gerado pela sociedade pós-industrial. Na perspectiva da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante manter o foco nos avanços já obtidos, e um fato a se considerar é que ele tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde num movimento crescente desde a década de 80 (GIL, 2005).

Esses dois processos – modelo de atenção e força de trabalho – são difíceis de discutir separadamente e, ainda que se avalie como imprescindível a discussão em torno da formação para o SUS, tão importante quanto é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no Sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a implementação do SUS, em especial no âmbito dos municípios (GIL, 2005).

A expressão multidimensional das necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele – processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos, requerem múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade

das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral. A mera alocação de trabalhadores de diferentes áreas não garante tal recomposição; ações isoladas ou justapostas, sem articulação, não permitem o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Significa também se utilizar da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Tem-se percebido que a atenção básica à saúde, segundo o que afirmam Rosa e Labate (2005) é muitas vezes associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade. Porém, a APS, ao ser um primeiro atendimento, serve obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento.

Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual, incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais de saúde pública (saneamento do meio ambiente, desenvolvimento nutricional, vacinação ou informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua compreensão adequada e transformação efetiva, exigem síntese sofisticada de saberes e integração complexa de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ROSA, LABATE, 2005).

Diante do exposto, para que haja mudança no modelo de atenção, há necessidade de formar um novo profissional, ou seja, “para uma nova estratégia, um novo profissional”, salientando que, se a formação desse profissional não for alterada nas instituições formadoras, maiores serão as dificuldades para mudar o modelo de atenção.

A ESF surgiu no Brasil com o Programa de Saúde da Família (PSF) como alternativa para reorientar a assistência à saúde a partir das diretrizes da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. O PSF teve seus esboços traçados quando o Ministério da Saúde

formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebeu a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começou, então, a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família.

Cabe ressaltar, também, que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro.

Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Mesmo tendo sido lançado como Programa em 1994, foi catalogado como Estratégia, buscando se diferenciar dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial.

De acordo com Ribeiro *et al.* (2004) a implantação do PSF incorpora um dicotomia: “de um lado, ratifica sua condição de *programa*, que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido normatizado; de outro lado, reivindica a posição de *estratégia* por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo”.

Essa proposta aponta para um importante desafio, já que propõe a uma ruptura com o modelo assistencial vigente e sinaliza a construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica.

De acordo com Rosa; Labate (2005), a ESF tem o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica à saúde, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Dessa forma, a ESF pode ser definida como:

[...] um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca à área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em

serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados [...] (ROSA, LABATE, 2005, p.1029).

Vale salientar, ainda, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis.

A ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e coletividades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as necessidades identificadas (CAMPOS, 1999).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 70, pelo conjunto de sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Este tema, também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se, ao longo do tempo, como premissa para o reconhecimento acerca da importância de se criar um “novo modo de fazer saúde” (GIL, 2005).

A ESF deve, então, ser entendida como uma reorganização dos serviços de saúde, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios espacialmente delimitados. Nessa lógica de organização territorial, o espaço físico da ESF deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um campo no qual se verifica a interação população-serviços no âmbito local e que se caracteriza por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Portanto, além de ser uma extensão geométrica, esse espaço apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (BARBOSA *et al.*, 2010).

Assim, para gerenciar e atender às demandas desse território como espaço vivo e com muitas particularidades, surge a necessidade de ampliação das equipes de Saúde da Família, agregando a elas profissionais de distintas áreas, capazes não só de solucionar problemas de

saúde, mas também de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da assistência, e fortalecendo assim o SUS.

Visando ao fortalecimento da ESF e à melhoria da qualidade e a resolubilidade da Atenção Básica, em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 154, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência. A referida Portaria está fundamentada nas premissas de inúmeras políticas e propostas do Ministério da Saúde: Atenção Básica, Promoção da Saúde; Integração da Pessoa com Deficiência; Alimentação e Nutrição; Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Farmacêutica; Pessoa Idosa; Saúde Mental; Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009).

O NASF conta com uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008). A composição dos NASF é definida pelos gestores municipais e equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes profissões. Vale salientar que, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

A organização dos processos de trabalho do NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante metodologias tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2009).

Nos termos da Portaria nº 154, existem duas modalidades de NASF. O NASF 01, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra,

médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada NASF 01 deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de Saúde da Família, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. Já o NASF 02 deve ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. Cada NASF 02 deve se vincular a no mínimo três equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF organiza seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de Saúde da Família que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de:

- a) atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos, com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc;
- b) intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de Saúde da Família, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade;
- c) ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família, como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2009).

Silva e Da Ros (2007) desenvolveram um estudo com a proposta de desvelar o papel do fisioterapeuta na Atenção Básica, focalizando a integralidade e objetivando analisar a formação acadêmica do fisioterapeuta em relação à ESF, sob a ótica dos sujeitos envolvidos

neste nível de atenção, tomando como caso o curso de fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Os autores pontuaram que o entendimento profissional da equipe de Saúde da Família, e também das alunas de graduação do curso, sobre a atuação do fisioterapeuta no ESF, estava pautado nas doenças, havendo, portanto, necessidade de ampliar as experiências, realizadas pelo curso, na própria ESF, preparando o profissional para a atuação em equipe e a prática da integralidade da atenção na Atenção Básica.

Ainda nesta temática, os mesmos autores enfocam que para se inserir no contexto da formação e da Atenção Básica, a competência do fisioterapeuta precisa ir além da boa técnica; é preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas e dos colegas de trabalho e, embora o próprio mercado de trabalho esteja mudando na direção de um trabalho integrador, isso não significa somente buscar equipes com profissionais de diversas áreas, integrados, acenando para uma perspectiva que atualmente está sendo chamada de interdisciplinaridade. Deve-se considerar que a intervenção não depende da atuação de somente um profissional, mas da flexibilidade dos sujeitos sociais envolvidos.

De acordo com a Resolução Nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, em que foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, os conteúdos curriculares podem ser diversificados desde que assegurem o equilíbrio de conhecimento nas diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos, a fim de assegurar a formação generalista. Além disso, os cursos devem apresentar projeto pedagógico que tenha sido construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador desse processo. Não se deve perder de vista que a escola tem poder estruturador, forjador de estilos de pensamentos e é a responsável pelo perfil do profissional que forma, sendo que o ensino-aprendizagem deve ser encarado como um processo de duas vias, ativo e contínuo, entre aluno e professor, permitindo o ensino das ciências a partir de uma visão integradora (SILVA, DA ROS, 2007).

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta é entendida como assistência no nível de atenção terciária; porém, sabe-se que quando inserido na Atenção Básica, pode ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

Outro documento cujo conteúdo parece ir além da concepção de uma assistência em nível curativo ou reabilitador, é o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, que apresenta além dos termos relacionados à recuperação também a promoção da saúde do indivíduo, bem como a participação em programas de assistência à comunidade. Para desenvolver atividades deste nível, os profissionais devem estar bem preparados e informados sobre as políticas de saúde e particularmente sobre o SUS (SILVA, DA ROS, 2007).

Para Schmidt *et al.* (2003), os profissionais da área da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas ou outros, devem desenvolver ações no modelo de atenção integral à saúde proposto pelo SUS, participando ativamente de sua construção. Porém, o que se observa é que, desde a formação acadêmica, essa prática não vem sendo contemplada, direcionando o trabalho desses profissionais para atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a prática do modelo proposto pelo Sistema.

2.4 Bases metodológicas do processo ensino-aprendizagem em saúde: desafios da docência

Segundo Pimenta; Anastasiou (2008), a Pedagogia - enquanto campo teórico da prática educacional, que não se restringe à didática da sala de aula nos espaços escolares, está presente nas ações educativas da sociedade em geral. Possibilita que as instituições e os profissionais cuja atividade está permeada por ações pedagógicas se apropriem criticamente da cultura pedagógica para compreender e alargar sua visão das situações concretas nas quais realizam seu trabalho, para nelas imprimir a orientação sociopolítica que valorizam, a fim de transformar a realidade.

Para Bordenave e Pereira (2008), o traçado da estratégia didática requer dois conceitos essenciais - *experiência de aprendizagem* e *atividades de ensino-aprendizagem*. Esses autores asseveram que, para realizar seus objetivos, o professor necessita conseguir que os alunos se exponham e vivam certas experiências capazes de neles induzir as mudanças desejadas. Tais experiências, por sua vez, exigem certos *insumos educativos* na forma de influências do ambiente que atuam sobre ele. Assim, os objetivos exigem que os alunos exponham-se a problemas reais ou a representações dos problemas, a fatos e teorias, a fórmulas e teoremas, a conflitos e esforços de cooperação etc. Isto é o que se denomina *conteúdo de matéria*.

Todavia, a palavra conteúdo é um termo estático, pois dá apenas uma idéia de conhecimentos e fatos, enquanto o termo *experiências* indica também as vivências que os alunos experimentam nas diversas situações a que são expostos. Vê-se aqui a diferença que existe entre conteúdo e experiência: o conteúdo advém do ambiente, a experiência é vivida pelo aluno (BORDENAVE, PEREIRA, 2008).

Para oferecer ao aluno oportunidade para viver as experiências desejadas, o professor estrutura *atividades*, isto é, estabelece ou promove situações de ensino-aprendizagem, em que haja uma alta probabilidade de que ditas experiências realmente aconteçam. Isto é normalmente conhecido por *métodos, procedimentos ou técnicas de ensino*, sendo que método é um conjunto organizado de técnicas e procedimentos. A seleção de atividades de

ensino-aprendizagem é importantíssima, porque dela dependerá o aluno crescer ou não como pessoa (BORDENAVE, PEREIRA (2008); (PIMENTA, ANASTASIOU, 2008).

A literatura sobre o processo ensino-aprendizagem vem apontando na direção de transformação das práticas de avaliação, deixando para trás a abordagem pedagógica tradicional rumo a paradigmas emergentes que enfatizam o ensino e, sobretudo, a aprendizagem (VASCONCELLOS *et al.*, 2006).

Gomes *et al.* (2006) enfatizaram que a prática pedagógica possibilita a inter-relação de diferentes saberes, produzindo conhecimentos em articulação com o contexto sócio-político, econômico e cultural, que resultam numa intervenção na realidade a partir da relação com o mundo da experiência humana, com sua bagagem de valores, interesses sociais, afetos, conotações diferenciadas e cenários políticos.

Além disso, a tarefa de avaliar a aprendizagem, sendo um julgamento de valor, envolve tanto aspectos objetivos quanto subjetivos, e o professor, em sua função, deve tomar decisões e empreender ações que envolvam não somente sua competência técnica, mas valores e opções de vida que afetam outras pessoas, o que traz implicações diretas na qualidade do envolvimento do aluno no processo de ensino e aprendizagem. Dessa forma, fica evidente que a relação entre aluno e professor vai além de qualquer pré-condição estabelecida, é uma relação recíproca capaz de produzir efeitos positivos no desempenho e na motivação dos sujeitos envolvidos VASCONCELLOS (2002); LOURENÇO, PAIVA, (2010).

Vale lembrar, ainda, que, dentre as distintas formas de promover a motivação, a principal delas é que o professor seja um modelo de pessoa motivada (Boruchovitch, 2009).

[...] Quem forma se forma e re-forma ao formar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. Portanto, não há docência sem discência. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender; ensinar inexiste sem aprender e vice-versa. Nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo. [...] (FREIRE, 1996, p.23).

O segredo do bom ensino é o entusiasmo pessoal do professor, que vem de seu amor à ciência e aos alunos. Este entusiasmo pode e deve ser centralizado mediante planejamento e metodologia adequados, visando, sobretudo, incentivar o entusiasmo dos alunos para realizarem, por iniciativa própria, os esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige (BORDENAVE, PEREIRA, 2008).

Devido à crescente acumulação de conhecimentos e, como consequência, a necessidade de atualização constante do profissional de saúde, torna-se indispensável um processo de formação contínua que vise não somente à aquisição de habilidades técnicas, mas

também ao desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no seu meio social.

De acordo com Gil (2010), durante muito tempo prevaleceu no ensino a crença de que, para se tornar um bom professor, bastaria dispor de comunicação fluente e sólidos conhecimentos relacionados à disciplina que pretendesse lecionar, possuindo competência suficiente para transmitir os conhecimentos e sanar as dúvidas dos alunos. Hoje são poucas as pessoas envolvidas com as questões educacionais que aceitam essa afirmativa, acreditando que o professor, além de necessitar de sólidos conhecimentos na área em que pretende lecionar, precisa também possuir habilidades pedagógicas para tornar o aprendizado mais eficaz, ter uma visão de mundo, de ser humano, de ciência e de educação compatível com as características de sua função.

Nesse contexto, a escola passou a ter função de transformar a realidade na qual está inserida e de instrumentalizar o aluno para que, como cidadão, possa transformar a realidade existente. Ficou, então, entendido que não existe o aluno em geral, mas sim um aluno vivendo numa sociedade determinada, que faz parte de um grupo social e cultural determinado, sendo que essas circunstâncias são capazes de interferir em sua capacidade de aprender, seus valores e atitudes, sua linguagem e suas motivações (LIBÂNEO, 1989).

A educação é um fenômeno humano e histórico e inexiste uma teoria empiricamente validada, que explique individualmente todas as manifestações do comportamento humano em situações de ensino-aprendizagem. Assim, o processo ensino-aprendizagem passou a ser abordado sob diferentes óticas e classificações, sabendo que essas diferentes classificações não possuem limites fixos e que as abordagens teóricas não são referenciais totalmente puros e fechados, sem pontos de interligação (SANTOS, 2005; MIZUKAMI, 2009).

Cunha (1993) e Boruchovitch (2009) complementam essa idéia afirmando que dar conta desse processo implica relacionar as mutações teóricas e doutrinárias produzidas no campo normativo da pedagogia às questões técnicas e políticas postas no processo de institucionalização da escola. Enfatizam também que a prática do ensino exige do professor que ele seja um cidadão competente, inserido na sociedade e no mercado de trabalho; com maior nível de escolarização; capaz de utilizar tecnologias de informação na docência; capaz de trabalhar em redes acadêmicas nacionais e internacionais; um sujeito que domine o conhecimento contemporâneo, manejando-o na resolução de problemas; um profissional capaz de integrar sua matéria de ensino ao contexto curricular e histórico-social, utilizando formas variadas de ensinar.

Meirieu (1990) *apud* Perrenoud (1999) enfocou que *aprender fazendo o que não se*

sabe fazer possibilita o desenvolvimento de competências no aluno, mobilizando o conhecimento repassado para a realidade social, extrapolando o rigor metodológico que existe na atmosfera da sala de aula.

E isto corrobora a idéia de Martinand (1986) *apud* Perrenoud (1999), para quem a *pedagogia das competências* requer uma transposição didática, tanto das práticas sociais, quanto dos conhecimentos eruditos descontextualizados.

Aprender é uma atividade que acontece no aluno e que é realizada pelo aluno. Ninguém pode aprender pelo outro. O professor não pode obrigar o aluno a aprender. Ensinar não é o mesmo que aprender. Por isso, se o aluno não aprender, todo o esforço feito para ensiná-lo estará perdido, uma vez que o ensino consiste na resposta planejada às exigências naturais do processo de aprendizagem. Ensinar não é somente transmitir, não é somente transferir conhecimentos de uma cabeça a outra, não é somente comunicar. Ensinar é fazer pensar, é estimular para a identificação e resolução de problemas; é ajudar a criar novos hábitos de pensamento e de ação (BORDENAVE, PEREIRA, 2008).

Outra questão a ser considerada é que, o ensino, na maioria das instituições, caracteriza-se como uma prática limitada ao tempo/espaço da sala de aula. A instituição prevê em seu regulamento acadêmico um sistema de avaliação vinculado a notas e procedimentos inerentes ao processo de aprovação/reprovação. Essa forma de conceber o ensino e a avaliação torna possível a manutenção de um *status quo* que justifica práticas de avaliações pontuais que supervalorizam a nota; porém, é preciso computar outros atributos, além da nota, para que o processo ensino-aprendizagem seja verdadeiramente construtivo (VASCONCELLOS *et al.*, 2006).

Luchesi (2005), com base no contraponto entre o que caracteriza a avaliação da aprendizagem e a observação das experiências vividas nas salas de aula, considerou que, em vez de *diagnosticar* a aprendizagem, o que ainda se pratica como forma de avaliação em muitas escolas são os exames. Neles, as dificuldades apresentadas pelos alunos não são percebidas para subsidiar uma intervenção adequada, mas são classificadas, tendo em vista a aprovação ou a reprovação.

Luchesi destaca que o papel da avaliação é subsidiar a tomada de decisão para a melhoria da qualidade do desempenho do educando. Nesse contexto, a avaliação é processual e dinâmica. Na medida em que busca meios pelos quais todos possam aprender o que é necessário para o próprio desenvolvimento, é inclusiva. Sendo inclusiva é, antes de tudo, um ato democrático.

Vasconcellos *et al.*, (2006) desenvolveram um estudo com o objetivo de extrair lições

das práticas positivas de avaliação para professores de ensino superior em geral. De acordo com os autores, a assunção de uma concepção de ensino mais ampla, que ultrapasse os limites da sala de aula e da aula em si; a auto-avaliação como prática permanente dos avaliadores e a prevalência dos fins sobre os meios no processo de avaliação são pontos positivos que devem ser considerados no processo ensino-aprendizagem.

O conhecimento das informações, ou dos dados, de forma isolada, descontextualizada, é insuficiente. É necessário situar as informações e os dados em um contexto para que adquiram sentidos perante a aprendizagem dos alunos, e entender que avaliação e ensino não se superam, contudo não se confundem.

Avaliar é muito mais do que aplicar um teste, uma prova; avaliar é um ato rigoroso de acompanhamento da aprendizagem. Conceitos e práticas que constituem a avaliação da aprendizagem só podem existir se estiverem articulados com uma pedagogia construtiva, ou seja, articulados com uma pedagogia que esteja atenta ao ser humano como um ser em movimento, em construção permanente (MORIN, 2003; LUCKESI, 2005; CAVALCANTI NETO, AQUINO, 2009).

Nesse sentido, o professor deve entender que o aluno é um ser condicionado, mas não determinado. Ou seja, o aluno é passível de mudanças de comportamento dependendo do estímulo que recebe. O professor também deve estar ciente de que a avaliação da aprendizagem é um instrumento de poder, tanto positivo quanto negativo e que o professor pode até *abortar* a carreira de um aluno (FREIRE, 1996; VASCONCELLOS *et al.*, 2006).

Diante do exposto, consegue-se perceber que o processo ensino-aprendizagem tem sido estudado segundo diferentes enfoques. Santos (2005) elaborou um estudo sistemático que analisou e comparou diferentes referenciais teóricos, enfocando aspectos relevantes à temática, como metodologia e avaliação do ensino-aprendizagem. Afirmou que a educação não pode ser analisada isoladamente, sem considerar o contexto sociocultural e político em que os alunos encontram-se imersos durante sua trajetória de vida.

Além de considerar estes fatores, Santos (2005) fez uma descrição dos diversos autores que analisam e compararam as abordagens do processo ensino-aprendizagem, destacando os trabalhos de estudos importantes, como Bordenave, Libâneo, Saviani e Mizukami, que classificam e agrupam as correntes teóricas segundo critérios diferentes.

Bordenave classifica e distingue “as diferentes opções pedagógicas segundo o fator educativo que elas mais valorizam”. Libâneo utiliza como critério “a posição que as teorias adotam em relação às finalidades sociais da escola”. Saviani toma como critério de classificação “a criticidade da teoria dos determinantes sociais”. **Mizukami** considera que “a

base das teorias do conhecimento envolve três características básicas: o primado do sujeito, o primado do objeto e a interação sujeito-objeto”, apesar de reconhecer que existem muitas variações e diferentes combinações possíveis.

De acordo com os critérios mencionados no estudo de Santos (2005), os autores supracitados classificam as abordagens do processo de ensino-aprendizagem conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 1. Abordagens do processo ensino-aprendizagem, segundo as classificações de Bordenave, Libâneo, Saviani e Mizukami.

AUTOR	NOMENCLATURA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM
BORDENAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia da transmissão - Pedagogia da moldagem - Pedagogia da problematização
LIBÂNEO	<p>Pedagogia liberal, em suas versões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conservadora (Tradicional) - Renovada progressivista - Renovada não-diretiva <p>Pedagogia progressista, em suas versões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libertadora - Libertária - De conteúdos (Crítico-social dos conteúdos)
SAVIANI	<p>Teorias não-críticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia tradicional - Pedagogia nova - Pedagogia tecnicista <p>Teorias crítico-reprodutivistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de ensino enquanto violência simbólica

	<ul style="list-style-type: none"> - Escola enquanto aparelho ideológico do Estado - Escola dualista
MIZUKAMI	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem tradicional - Abordagem comportamentalista - Abordagem humanista - Abordagem cognitivista - Abordagem sociocultural

Fonte: Santos (2005).

Como existe diversidade de critérios e diferenças relativas aos principais componentes que explicam as práticas pedagógicas, nesta pesquisa escolheu-se adotar a classificação de Mizukami (2009), com algumas adaptações para efeito comparativo, para prosseguir a discussão sobre as diferentes abordagens pedagógicas existentes no processo ensino-aprendizagem.

[...] Há várias formas de se conceber o fenômeno educativo. Por sua própria natureza, não é uma realidade acabada que se dá a conhecer de forma única e precisa em seus múltiplos aspectos. É um fenômeno humano, histórico e multidimensional. Nele estão presentes tanto a dimensão humana quanto a técnica, a cognitiva, a emocional, a sócio-política e cultural. Não se trata de mera justaposição das referidas dimensões, mas, sim, da aceitação de suas múltiplas implicações e relações [...] (MIZUKAMI, 2009. p.10).

Vale ressaltar que, considerando a complexa realidade educacional e a inexistência até o momento de uma abordagem empiricamente validada que aponte todas as manifestações do comportamento humano em situações de aprendizagem, é necessário levar em conta o caráter parcial e arbitrário deste tipo de análise, como também as limitações e os problemas provenientes da delimitação e da caracterização de cada abordagem, admitindo-se, portanto, que outras teorias pedagógicas possam ser sugeridas.

Serão analisadas, a seguir, as cinco abordagens propostas por Mizukami (2009). Na análise de cada uma delas, o roteiro proposto aponta os elementos que compõem as *bases pedagógicas* de cada tipo de abordagem, isto é, os *procedimentos e recursos didáticos (metodologia)* e os *critérios de avaliação da aprendizagem*, bem como as características relevantes para o processo ensino-aprendizagem em cada abordagem.

Abordagem Tradicional

Entende-se por abordagem tradicional a prática educativa caracterizada pela transmissão dos conhecimentos pela humanidade ao longo dos tempos. Essa tarefa cabe essencialmente ao professor em situações de sala de aula, agindo independentemente dos interesses dos alunos em relação aos conteúdos das disciplinas. O ensino tradicional tem ênfase no conhecimento (primado do objeto), e dele o aluno deve ser um simples depositário.

Quadro 2: Bases Metodológicas da Abordagem Tradicional, segundo a classificação de Mizukami.

Elementos da Base Metodológica	Elementos da Prática de Ensino
Procedimentos e Recursos Didáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Predominam aulas expositivas, com exercícios de fixação, leituras-cópia - O professor traz o conteúdo pronto e o aluno se limita, passivamente, a escutá-lo - O aluno reproduz os conteúdos ministrados, de forma automática e sem variações - A didática tradicional pode ser resumida a “dar a lição” e “tomar a lição”
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada visando, predominantemente, a exatidão da reprodução do conteúdo comunicado em sala de aula - Utilização de provas, exames, chamadas orais, exercícios de fixação, etc., que evidenciam a exatidão da reprodução da informação - As notas obtidas funcionam, na sociedade, como níveis de aquisição do patrimônio cultural
Ensino e Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem consiste em aquisição de informações - Os objetivos educacionais obedecem à seqüência lógica dos conteúdos - Os conteúdos são baseados em documentos legais,

	<p>selecionados a partir da cultura universal acumulada</p> <ul style="list-style-type: none"> - O ensino não se preocupa com a formação do pensamento reflexivo - As tarefas de aprendizagem quase sempre são padronizadas - O aluno apresenta, com freqüência, compreensão apenas parcial, demonstrando reações esteriotipadas
--	---

Abordagem Comportamentalista

Esta abordagem também se caracteriza pela ênfase no objeto, no conhecimento, porém, com uma engenharia comportamental e social sofisticada para moldar os comportamentos sociais. O homem é considerado como produto do meio; consequentemente, pode-se manipulá-lo e controlá-lo por meio da transmissão dos conhecimentos decididos pela sociedade ou por seus dirigentes.

Quadro 3: Bases Metodológicas da Abordagem Comportamentalista, segundo a classificação de Mizukami.

Elementos da Base Metodológica	Elementos da Prática de Ensino
Procedimentos e Recursos Didáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Individualização do ensino: respeito ao ritmo individual de cada aluno - Conjunto de atividades que facilitam a aquisição de um ou vários objetivos de estudo - Grande ênfase é dada à programação das atividades em sala de aula - A matéria a ser aprendida é dividida em pequenos passos a fim de ser possível reforçar todas as respostas e todos os comportamentos operantes emitidos pelo aluno
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - É considerada em termos de competências - Considera-se que cada aluno progride em seu ritmo próprio - Está diretamente ligada aos objetivos estabelecidos - É igualmente realizada no decorrer do processo - Fornece dados para o arranjo de contingências de reforços para os próximos comportamentos a serem modelados
Ensino e Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino voltado para o desenvolvimento de competências em cada aluno - Os comportamentos desejados dos alunos serão instalados e mantidos por condicionantes e reforçadores (elogios, notas, prestígio, etc.) - A ênfase da proposta de aprendizagem encontra-se na organização dos elementos para as experiências curriculares e será garantida pela sua programação - Ênfase nos meios: recursos audiovisuais, instrução programada, tecnologias de ensino, ensino individualizado (módulos instrucionais), computadores, <i>hadwares</i> e <i>softwares</i>, etc.

Abordagem Humanista

Nesta abordagem **o enfoque é o sujeito (primado do sujeito)**, com ensino centrado no aluno. No entanto, sob alguns pontos de vista, esse enfoque também tem características interacionistas de sujeito-objeto. Enfatiza as relações interpessoais, **objetivando o crescimento do indivíduo, em seus processos internos de construção e organização pessoal da realidade**, de forma que atue como uma pessoa integrada.

Nesse contexto, o professor deve ser um facilitador da aprendizagem, ou seja, deve fornecer condições para que os alunos aprendam. **Os conteúdos de ensino são vistos como externos e assumem papel secundário**, privilegiando-se o relacionamento das pessoas envolvidas no processo de ensino e aprendizagem. Por outro lado, verifica-se nessa abordagem a carência de uma teoria de instrução que forneça bases e diretrizes sólidas para a prática educativa.

Quadro 4: Bases Metodológicas da Abordagem Humanista, segundo a classificação de Mizukami.

Elementos da Base Metodológica	Elementos da Prática de Ensino
Procedimentos e Recursos Didáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Não se enfatiza método ou técnica para se facilitar a aprendizagem - Há um clima favorável ao desenvolvimento das pessoas na sala de aula, com liberdade para aprender - A pesquisa dos conteúdos é feita pelos alunos, que devem, por sua vez, ser capazes de criticá-los, aperfeiçoá-los ou até mesmo substituí-los
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - O aluno assume responsabilidade pelo controle de sua aprendizagem - A avaliação valoriza aspectos afetivos (atitudes) com ênfase na auto-avaliação
Ensino e Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino centrado na pessoa (primado do sujeito) - Os objetivos educacionais obedecem ao desenvolvimento psicológico do aluno - Os conteúdos programáticos são selecionados a partir dos interesses dos alunos

	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrência da “não-diretividade” (técnicas de dirigir a pessoa à sua própria experiência para que ela possa estruturar-se e agir)
--	---

Abordagem Cognitivista

Nesta abordagem a utilização do termo “cognitivista” visa a identificar os psicólogos que pesquisam os chamados “processos centrais” do indivíduo, tais como organização do conhecimento, processamento de informações, estilos de pensamento, estilos de comportamento etc. Nesse enfoque encontramos o caráter interacionista entre sujeito e objeto, e o aprendizado decorre da assimilação do conhecimento pelo sujeito e também da modificação de estruturas mentais já existentes. Pela assimilação o indivíduo explora o ambiente, toma parte dele, transformando-o e incorporando-o a si. Sendo assim, o pensamento é a base da aprendizagem e o ensino deve visar ao desenvolvimento da inteligência por meio do construtivismo interacionista.

Quadro 5: Bases Metodológicas da Abordagem Cognitivista, segundo a classificação de Mizukami.

Elementos da Base Metodológica	Elementos da Prática de Ensino
Procedimentos e Recursos Didáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Deduz do conhecimento psicológico dos processos de formação intelectual as técnicas metodológicas mais adequadas - O ensino deve ser baseado na investigação - O trabalho em equipe é decisivo no desenvolvimento intelectual do ser humano - O ambiente no qual o aluno está inserido é desafiador, promovendo sempre desequilíbrios, sendo favorável à motivação intrínseca do aluno
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica se o aluno já adquiriu noções, realizou operações, relações, etc. - O rendimento é avaliado de acordo com a aproximação
Ensino e	<ul style="list-style-type: none"> - Deve desenvolver a inteligência, considerando o sujeito

Aprendizagem	<p>inserido em uma situação social</p> <ul style="list-style-type: none"> - A inteligência constrói-se a partir da troca do organismo com o meio, por meio das ações do indivíduo - Baseia-se no ensaio e no erro, na pesquisa, na investigação, na solução de problemas, facilitando o “aprender a pensar” - Ênfase nos trabalhos em equipe e jogos
---------------------	---

Abordagem Sociocultural

Também pode ser caracterizada como abordagem interacionista entre o sujeito e o objeto do conhecimento, embora com enfoque no sujeito como elaborador e criador do conhecimento. O fenômeno educativo não se restringe à educação formal, por intermédio da escola, mas a um processo amplo de ensino e aprendizagem, inserido na sociedade.

A educação é vista como uma atitude de reflexão crítica, comprometida com a sociedade e sua cultura. Portanto, deve levar o indivíduo a uma consciência crítica de sua realidade, transformando-a e a melhorando-a.

Quadro 6: Bases Metodológicas da Abordagem Sociocultural, segundo a classificação de Mizukami.

Elementos da Base Metodológica	Elementos da Prática de Ensino
Procedimentos e Recursos Didáticos	<ul style="list-style-type: none"> - A didática faz com que professor e aluno mantenham uma relação horizontal, ambos se posicionando como sujeitos do ato de conhecimento - A metodologia utilizada torna o aluno capaz de operar mudanças na realidade
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-avaliação e/ou avaliação mútua e permanente da prática educativa por professor e alunos
Ensino e Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Os objetivos educacionais são definidos a partir das necessidades concretas do contexto histórico-social no qual se encontram os sujeitos - Busca uma consciência crítica - O diálogo e os grupos de discussão são fundamentais para o aprendizado

	- Os “temas geradores” para o ensino devem ser extraídos da prática de vida dos educandos.
--	--

Diante das diferentes abordagens pedagógicas, é conveniente entender que uma prática pedagógica precisa ter dinâmica própria, que lhe permita o exercício do pensamento reflexivo, conduzindo a uma visão política de cidadania, capaz de integrar arte, cultura e os valores, propiciando, assim, a recuperação da autonomia dos sujeitos e de sua ocupação no mundo, de forma significativa. Manter-se atualizado, aprendendo e reaprendendo a ser, a conviver, a fazer e a conhecer, constitui-se um decreto imutável para o saber fazer pedagógico alicerçado em novos valores e princípios (GOMES *et al.*, 2006).

Outro aspecto importante acerca da temática, apontado por Freire (1996), é que, através da “criticização” do conhecimento assimilado, o aluno transforma sua curiosidade ingênuas em curiosidade epistemológica. Dessa forma, acontece, então, algo inesquecível para os atores do processo ensino-aprendizagem: o saber comum do aluno confere *boas-vindas* ao conhecimento científico do professor. Essa é a etapa de maior satisfação que um educador pode presenciar em sua trajetória profissional, isto é, o amadurecimento interpretativo do educando em sala de aula. Essa contextualização do conhecimento corrobora com Meirieu (1990) *apud* Perrenoud (1999) ao afirmar que a docência deve encarar um *ofício novo*, cuja meta é *antes fazer aprender do que ensinar*.

As diferentes abordagens pedagógicas utilizadas no processo ensino-aprendizagem conferem às práticas educativas uma variedade de opções para que o conhecimento seja construído e/ou repassado e utilizado como agente transformador da realidade. Entender esse processo como um ciclo que se renova a cada descoberta, a cada nova experiência, permite tanto ao professor quanto ao aluno vivenciar experiências capazes de promover mudanças de comportamento que originam sujeitos mais comprometidos com a sociedade em que vivem.

Rozendo *et al.* (1999) alertaram para a lacuna existente na formação dos professores do ensino superior, afirmando que o docente se caracteriza como um especialista no seu campo de conhecimento, sem apresentar domínio na área educacional e pedagógica, nem do ponto de vista mais amplo, mais filosófico, nem do ponto de vista mais imediato, tecnológico.

Um processo educativo, voltado para a responsabilidade social e política, deve estar munido de práticas pedagógicas e didáticas que não se preocupem apenas com o conteúdo a ser ensinado, mas também com as técnicas de ensino e com a avaliação da aprendizagem.

A universidade configura-se como um serviço público de educação que se efetiva pela docência e investigação, tendo por finalidades a criação, o desenvolvimento, a transmissão e a crítica da ciência, da técnica e da cultura; a preparação para o exercício de atividades

profissionais que exijam a aplicação de conhecimentos e métodos científicos e para a criação artística; o apoio científico e técnico ao desenvolvimento cultural, social e econômico das sociedades.

A universidade não deve simplesmente adequar-se às oscilações do mercado, mas aprender a olhar em seu entorno, a compreender e assimilar os fenômenos, a produzir respostas às mudanças sociais, a preparar globalmente os estudantes para as complexidades que se avizinham, a situar-se como instituição líder, produtora de idéias, culturas, artes e técnicas renovadas que se comprometam com a humanidade, com o processo de humanização (PIMENTA, ANASTASIOU, 2008).

As instituições de ensino, enquanto entidades sociais inseridas numa realidade concreta, experimentam a dialética do movimento social. Ao mesmo tempo em que determinam, são determinadas; ao mesmo tempo em que transformam a realidade, também reproduzem esta transformação. Compartilham as contradições da sociedade e produzem suas próprias contradições. Assim, as práticas pedagógicas realizadas em seu interior são reflexo da sociedade e nela se refletem, espelhando a complexidade da dinâmica social e da interação humana (BORDENAVE, PEREIRA, 2008).

As estratégias pedagógicas voltadas para as práticas profissionais em saúde referem-se tanto ao desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida, quanto às atividades de educação permanente, dirigidas aos trabalhadores da área de saúde através da formação profissional contínua. Estas estratégias devem, então, ser condizentes com o objeto de estudo - o processo saúde-doença e suas diferentes contextualizações.

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há, portanto, uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. A formação profissional no campo da saúde deve ser comprometida com a realidade sociocultural, econômica e política dos usuários dos serviços de saúde, sendo exercida de forma horizontal, onde professor e aluno compartilhem de uma visão apurada do que representa a saúde nos seus diversos níveis de atenção (PEREIRA, 2003).

Vale ressaltar, ainda, que as ações de saúde não implicam somente a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. A saúde não envolve apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais (PEREIRA, 2003; GIL, 2010).

Diante do exposto, torna-se necessária uma discussão permanente sobre as práticas educativas comumente utilizadas no processo de formação dos profissionais de saúde. Essas práticas educativas são norteadas pelas bases metodológicas e pelo processo de ensino-aprendizagem que resulta da escolha destas bases. Nesse cenário, têm relevante importância as *bases metodológicas* adotadas pelos professores que formam estes profissionais, uma vez que os *procedimentos e recursos didáticos* utilizados, bem como as formas de *avaliação* da aprendizagem, estão intimamente ligados ao perfil do egresso nos serviços de saúde.

Transformar o processo de formação dos profissionais de saúde, e particularmente dos fisioterapeutas, ainda hoje baseado no modelo biomédico-cartesiano-curativista, representa um grande desafio a quem se propõe atuar no campo da saúde com um papel transformador. Uma importante ferramenta nesse processo pode ser o ajustamento das bases metodológicas dos planos de ensino, de modo a promover a compatibilização entre os processos de formação e utilização de recursos humanos.

2.5 Conceitos e aplicações dos métodos estatísticos utilizados

A *estatística* compreende a área do conhecimento que se encarrega da coleta e tratamento de dados com o objetivo de, a partir destes, fornecer informações sobre uma população de interesse. Tais informações possibilitam ao pesquisador conhecer aspectos específicos relacionados a esta população, que servirão de base para a tomada de decisão acerca dos mais variados problemas, pertinentes a diferentes campos de conhecimento (ARANGO, 2009).

Assim, essa ciência funciona como uma valiosa ferramenta de análise e, desta forma, é imprescindível que se faça presente desde o início de uma investigação científica, auxiliando na operacionalização das hipóteses ou questões de pesquisa, na definição da população e variáveis a serem estudadas, até a coleta e análise dos dados (BAPTISTA, CAMPOS, 2007).

De acordo com Arango (2009), a estatística pode ser dividida em: *estatística exploratória ou descritiva*, e *estatística analítica ou inferencial*. A primeira cuida do levantamento, organização, classificação e descrição dos dados por meio de tabelas, gráficos, entre outros recursos visuais, além do cálculo de estatísticas representativas desses dados. A segunda, por sua vez, trabalha os dados de forma a estabelecer hipóteses em função desses, para então proceder a sua comprovação, realizando inferências acerca da população de estudo, tomando por base uma amostra, subsidiando assim a tomada de decisão em relação a aspectos específicos dessa população.

Entende-se por *população* a coleção de todos os elementos (escores, pessoas, medidas e outros) a serem estudados. Já uma *amostra* é um subconjunto de membros selecionados de uma população. Além desses termos, também se faz necessário compreender os conceitos parâmetro e estatística – não se referindo neste caso à ciência. Um *parâmetro* é uma medida numérica que descreve alguma característica de uma população e *estatística* é uma medida numérica que descreve alguma característica de uma amostra (TRIOLA, 2005).

Considerando, então, que o universo ou população de uma pesquisa depende do objeto a ser investigado, a amostra - que realmente será submetida à verificação, deverá ser obtida por uma técnica específica de *amostragem*. Para isso, há duas grandes divisões no processo de amostragem: a *probabilística* e a *não-probabilística*. A amostra não-probabilística deve ser evitada, pois pode conter vícios e até levar a conclusões errôneas (SILVA, 2001).

Uma amostra obtida através da *amostragem probabilística* pode ser submetida a tratamentos estatísticos. Essa amostragem caracteriza-se por garantir, *a priori*, que todo elemento que pertença ao universo do estudo tenha probabilidade conhecida, diferente de zero, de pertencer à amostra sorteada (SILVA 2001; MARCONI, LAKATOS, 2008).

A *seleção de uma amostra* implica o uso de metodologias que garantam que a mesma represente de fato a população de estudo. Entende-se por *erro amostral* a diferença entre o resultado amostral e o verdadeiro resultado da população; tais erros resultam das flutuações amostrais devidas ao acaso. Ao se definir o valor máximo aceitável para a margem de erro, estará se fixando a precisão do processo de amostragem antes do sorteio da amostra e da obtenção dos resultados (SILVA, 2001; TRIOLA, 2005).

É possível realizar inferências sobre uma população de estudo a partir de uma amostra, através dos *testes de hipóteses*, procedimento amplamente utilizado na pesquisa científica e que comprehende, essencialmente, uma regra de decisão utilizada para rejeitar ou não uma determinada pressuposição acerca de um problema relacionado a uma população específica (PAGANO, GAUVREAU, 2004; ARANGO, 2009).

Considera-se que uma hipótese é uma afirmativa acerca de uma propriedade da população. Para se testar essa afirmativa, de modo a definir sua validade, define-se um valor de referência para o parâmetro populacional de interesse (como proporção, média ou desvio padrão), estabelecendo desse modo uma afirmação, denominada *hipótese nula* (H_0). A *hipótese alternativa* (H_1), é uma segunda afirmação que contradiz H_0 . Assim, juntas, as hipóteses nula e alternativa cobrem todos os valores possíveis do parâmetro populacional de interesse e, consequentemente, uma das duas afirmações é verdadeira (PAGANO, GAUVREAU, 2004; TRIOLA, 2005).

Vale ressaltar que, ao se formular uma decisão sobre H_0 podem ocorrer dois erros distintos. O primeiro, denominado *erro tipo I*, consiste em rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira. O segundo, chamado *erro tipo II*, consiste em aceitar a hipótese nula quando ela é falsa. A estes erros estão associadas as probabilidades: $P(\text{rejeitar } H_0 | H_0 \text{ verdadeira}) = \alpha$ e $P(\text{aceitar } H_0 | H_0 \text{ falsa}) = \beta$. As regras de decisão são construídas, portanto, seguindo critérios que permitam reduzir os erros a elas associados. O controle desses erros é feito usualmente a partir da seleção do nível de significância (α) e do tamanho da amostra, uma vez que, matematicamente, α , β e o tamanho amostral estão relacionados entre si, de modo que a determinação de dois deles implica na determinação do terceiro (PAGANO, GAUVREAU, 2004; TRIOLA 2005; ARANGO 2009).

Os testes de hipóteses podem ser unilaterais (à direita ou à esquerda) ou bilaterais. No teste bilateral, a região crítica ou região de rejeição de H_0 está situada nas regiões extremas da curva. Para o teste unilateral, a região crítica ou região de rejeição está situada na região extrema esquerda da cauda ou na região extrema direita da cauda sob a curva. Além disso, em testes bilaterais, o nível de significância α é dividido igualmente entre as duas caudas que constituem a região crítica. Já em testes unilaterais à esquerda ou à direita, a área da região crítica é α (TRIOLA, 2005).

Assim sendo, se os valores amostrais pertencerem à região crítica, a hipótese nula é rejeitada. Caso contrário, se não houver evidências suficientes para duvidar da validade da hipótese nula, não se poderá rejeitar a afirmação (PAGANO, GAUVREAU, 2004; TRIOLA, 2005).

Quando os métodos de inferência estatística fundamentam-se na amostragem de uma população com parâmetros específicos, a citar, por exemplo, média, proporção, entre outros, e atendem à exigência de que os dados amostrais sejam provenientes de uma população com distribuição de probabilidade conhecida, são denominados *métodos paramétricos*. Nos casos em que essa exigência não é atendida, temos os chamados *métodos não-paramétricos*. Já que não precisam atender a essa exigência, os testes não-paramétricos se aplicam a uma grande variedade de situações e, normalmente, envolvem cálculos mais simples, sendo, portanto, mais facilmente compreendidos e aplicados. Entretanto, em função da simplicidade de operacionalização e da redução dos dados numéricos a dados categóricos, tendem a desperdiçar informações importantes, além de exigir evidências mais fortes para a rejeição da hipótese nula, como uma amostra maior, por exemplo (TRIOLA, 2005).

De acordo com Oliveira (2011), quando se pretende realizar inferências acerca de uma característica populacional, no caso do parâmetro de interesse ser uma proporção, é aplicado o *Teste de Hipóteses para Proporção*. Afirmativas sobre uma proporção populacional são

usualmente testadas através do uso da distribuição normal como aproximação para a distribuição binomial. Desse modo, têm-se as seguintes hipóteses:

$$H_0 : p = p_0$$

$$H_1 : p \neq p_0$$

$$H_0 : p = p_0$$

$$H_1 : p \geq p_0$$

$$H_0 : p = p_0$$

$$H_1 : p \leq p_0$$

Uma vez estabelecidas as hipóteses, a estatística do teste é definida por:

$$Z = \frac{\hat{p} - p_o}{\sqrt{\frac{p_o(1-p_o)}{n}}} \stackrel{\text{sob } H_0}{\sim} N(0,1),$$

em que n = tamanho da amostra ou número de tentativas; \hat{p} = proporção amostral; p_0 = proporção populacional aplicada à hipótese nula.

Com base no resultado obtido, a um nível de significância α , segue-se com a decisão. Tomando-se como exemplo o teste bilateral, temos como possíveis decisões:

se $-Z\alpha/2 \leq Z_{\text{cal}} \leq Z\alpha/2$, não se pode rejeitar H_0 ;

se $Z_{\text{cal}} > Z\alpha/2$ ou $Z_{\text{cal}} < -Z\alpha/2$, rejeita-se H_0 .

Ainda em relação à proporção enquanto parâmetro de interesse, em alguns casos há a necessidade de proceder a comparação entre proporções de dois grupos distintos. Para tanto, utiliza-se o *Teste para Diferença entre Proporções*.

Quando se pretende realizar inferências sobre duas proporções p_1 e p_2 , os valores de duas amostras independentes são comparados a fim de saber se os grupos diferem ou não em relação à proporção de indivíduos que optaram por uma resposta de interesse.

Assim sendo, tem-se as seguintes hipóteses:

$$H_0 : p_1 = p_2$$

$$H_1 : p_1 \neq p_2$$

$$H_0 : p_1 = p_2$$

$$H_1 : p_1 \geq p_2$$

$$H_0 : p_1 = p_2$$

$$H_1 : p_1 \leq p_2$$

Tomando-se como exemplo o caso do teste bilateral, para a hipótese nula (H_0) tem-se a afirmativa de que as proporções populacionais são iguais, enquanto que a hipótese alternativa (H_1) afirma que as proporções populacionais são diferentes.

A fim de testar afirmativas sobre duas diferentes populações, a estatística do teste é expressa por:

$$Z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n_1} + \frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n_2}}} \sim N(0,1)$$

,
em que n_1 = tamanho da amostra 1; n_2 = tamanho da amostra 2; \hat{p}_1 = proporção da amostra 1 e \hat{p}_2 = proporção da amostra 2; \hat{p} = proporção populacional aplicada à hipótese nula.

No que tange à decisão, a um nível de significância α , temos que:

se $-Z\alpha/2 \leq Z_{\text{cal}} \leq Z\alpha/2$, não se pode rejeitar H_0 ;
se $Z_{\text{cal}} > Z\alpha/2$ ou $Z_{\text{cal}} < -Z\alpha/2$, rejeita-se H_0 .

Os testes de hipóteses podem ser aplicados ainda quando são considerados dados categóricos resumidos em contagem de freqüências que correspondem a duas diferentes variáveis, listadas em uma tabela de dupla entrada. Nesses casos, há um tipo de teste que pode ser aplicado e que se baseia em tabelas de contingência: o *Teste de Independência*.

Esse teste é usado quando se pretende testar se há associação entre as freqüências observadas e as freqüências esperadas de variáveis que expressam características de uma única amostra. Isto é, se as diferenças observadas se apresentam devido ao acaso, ou se são estatisticamente significativas.

Numa tabela de contingência de r linhas e c colunas, a hipótese H_1 afirma haver discrepâncias entre as freqüências observadas e esperadas (dependência), enquanto que para H_0 essas freqüências não apresentam discrepâncias entre si (independência).

A estatística do teste de independência é definida por:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i},$$

em que O_i representa a freqüência observada e E_i representa a freqüência esperada.

Nesses casos, os valores críticos são encontrados a partir de uma distribuição Qui-Quadrado usando-se graus de liberdade igual a $(r - 1) \times (c - 1)$, onde r é o número de linhas e c é o número de colunas (TRIOLA, 2005).

Considerando um nível de significância α , se $\chi^2_{\text{cal}} < \chi^2_{\text{tab}}$, não se pode rejeitar H_0 , o que implica dizer que as freqüências observadas e esperadas não são discrepantes. Para $\chi^2_{\text{cal}} >$

χ^2_{tab} , rejeita-se H_0 , o que permite concluir que há discrepâncias entre as freqüências observadas e esperadas (TRIOLA, 2005).

Através da aplicação dos métodos estatísticos aqui mencionados, é possível transformar conjuntos complexos em representações mais simples a fim de verificar eventuais relações, o que permite a “tradução” de determinados fenômenos em uma linguagem mais acessível e confiável.

Ressalta-se a relevância da aplicação de tais métodos para a compreensão dos fenômenos, observáveis sob diferentes aspectos, pertinentes ao campo da Saúde Coletiva, possibilitando análises bem estruturadas que fornecem o conhecimento necessário à tomada de decisão (LÉO; GONÇALVES, 2010 *apud* OLIVEIRA, 2011).

Referencial Metodológico

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Esta pesquisa teve como suporte teórico-metodológico a orientação da Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Esta teoria apoia-se no Materialismo Histórico Dialético, tendo em vista a concretude dinâmica das transformações sociais. Propõe-se a captar e interpretar um fenômeno articulado com os processos de produção e reprodução social de uma dada coletividade. Intervém na conjuntura e estrutura de um contexto social historicamente determinado e prossegue reinterpretando para interpor instrumentos de intervenção (EGRY, 1996).

Ao discorrer sobre a trajetória processual da Teoria, sua autora afirma tratar-se de uma atividade prática, que busca encontrar a aparência do fenômeno no cotidiano; a essência dessa qualidade e a gênese das transformações ocorridas nas diferentes categorias que podem recortar o fenômeno - (tempo – espaço), (teoria – prática), (necessidade – possibilidade). Prossegue afirmando que depois de compreender a realidade objetiva, dissecada através das categorias analíticas*, busca-se a vulnerabilidade para a intervenção. Estas trarão os motes transformadores que passarão a constituir projetos de trabalho que, por sua vez, ao serem

*Categorias Conceituais são um conjunto de idéias historicamente construídas que demarcam as partes interligadas de um fenômeno considerado, sendo, portanto, os conhecimentos mais próximos do particular (Egry 1996).

confrontados com o fenômeno, gerarão novas contradições cuja superação produzirá transformações, tanto do objeto quanto do próprio homem (EGRY, 1996)

A vertente investigativa da TIPESC sugere a **captação da realidade objetiva** nas dimensões singular; particular e estrutural; a **interpretação da realidade objetiva** explicitando as contradições existentes; a **construção de um projeto de intervenção para aplicação na realidade objetiva**, através da revisão do referencial teórico em função da visualização dessa realidade; a **intervenção na realidade objetiva**, através da prática das proposições levantadas por ocasião da construção do projeto de intervenção e, finalmente a **reinterpretação da realidade objetiva**, pela releitura desta realidade, através dos vários momentos de avaliação (EGRY, 1996).

No aspecto mais restrito, buscou-se apreender o processo de formação do profissional fisioterapeuta e suas aproximações e distanciamentos com a prática profissional no espaço da Atenção Básica. Para estabelecer classificações e agrupar idéias, tendo em vista a realidade social abordada, utilizou-se como Categorias Conceituais: o processo de trabalho em fisioterapia e o processo formativo de fisioterapeutas.

A categoria processo de trabalho foi compreendida como um conjunto articulado de ações, direcionadas para a produção intencional de algo novo e envolve três elementos essenciais: a finalidade do próprio trabalho, o objeto e os meios para sua consecução.

A categoria processo formativo dos fisioterapeutas englobou as bases metodológicas utilizadas nos planos de ensino do estágio curricular supervisionado na Atenção Básica das quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa, entendendo bases metodológicas como sendo os procedimentos pedagógicos, os recursos didáticos e as estratégias de avaliação da aprendizagem nos processos formativos em Fisioterapia.

3.1 Opções Metodológicas

Realizou-se uma pesquisa do tipo exploratório, descritiva e inferencial, desenvolvida a partir de abordagens quantitativas e qualitativas, a qual permitiu generalizar alguns dados e aprofundar o conhecimento sobre fenômenos e/ou conceitos.

A partir dos dados, que foram quantificados e assim generalizados, foi possível caracterizar o processo formativo, segundo às bases metodológicas, do curso de Fisioterapia em João Pessoa e apontar os distanciamentos entre a formação e a utilização da força de trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica à saúde.

Considerando que a pesquisa também exigiu uma aproximação com a realidade das instituições de ensino superior, que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa, e com os espaços de atuação do fisioterapeuta junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entende-se que esta pesquisa também foi subsidiada pela abordagem qualitativa.

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no Município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, que, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), possui 702.235 habitantes, distribuídos em área urbana, dentre os quais 45,7% estão concentrados na faixa etária de 15 a 39 anos, indicando a predominância de jovens em plena fase produtiva da vida. Em relação ao sexo, 46,7% dos habitantes são do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino, de modo que a proporção do número de mulheres para homens é de 0,87. João Pessoa é a segunda capital do Nordeste em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006).

No âmbito da educação de nível superior, João Pessoa possui um total oito instituições de ensino superior, dentre as quais quatro oferecem o curso de Fisioterapia: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB) e Associação Paraibana de Ensino Renovado (ASPER). Atualmente, existem aproximadamente 1.150 estudantes cursando a referida graduação no município de João Pessoa e 198 professores compondo o quadro discente das respectivas instituições.

Quadro 7. Dados referentes aos cursos de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

IES	Início do funcionamento do curso	Base legal para funcionamento junto ao MEC	Nº total de docentes	Nº total de discentes
UFPB	1980	-	37	300
UNIPÊ	1997	Portaria nº 2.002/01, de 12 de Setembro de 2001	62	300
FCM	2002	Portaria nº 2.888/02, de 11 de Outubro de 2002	56	255
ASPER	1995	Portaria nº 4.050/02,	43	250

		de 30 de Dezembro de 2002		
--	--	------------------------------	--	--

No âmbito da saúde, João Pessoa dispõe de um total de 30 hospitais entre públicos, privados e filantrópicos, que oferecem 3.566 leitos, além de 305 unidades ambulatoriais, 94 centros de saúde, 10 ambulatórios e 6 postos de assistência médica. No que se refere à Atenção Básica, João Pessoa está dividido em cinco Distritos Sanitários que tem como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo de saúde, capitaneada pelas 180 Unidades de Saúde da Família, organizadas para prestar a atenção básica, articulada com a rede de serviços especializados e a rede hospitalar (JOÃO PESSOA, 2006).

Ainda segundo o Plano Municipal de Saúde estabelecido para o enfrentamento dos problemas ligados ao processo saúde-doença em João Pessoa/PB para o triênio 2010-2012, a organização da rede de serviços e a sua forma de funcionamento constituem grandes desafios para a gestão, pelo fato de que são fortemente influenciadas pela presença de forças políticas hegemônicas que geram tensões, instabilidades e incertezas, permitindo a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais.

Esta pesquisa foi realizada em duas vertentes simultâneas e inter-relacionadas: uma no âmbito interno das instituições de ensino superior, e outra, na inserção do produto final da formação em Fisioterapia nos serviços de saúde.

Primeiramente, foram capturadas as bases metodológicas da formação em Fisioterapia através dos planos de ensino referentes aos estágios curriculares supervisionados na Atenção Básica de cada instituição. O segundo cenário da pesquisa, referente à inserção do profissional de Fisioterapia na Atenção Básica, compreendeu o campo de atuação dos fisioterapeutas vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas unidades de Saúde da Família de cada Distrito Sanitário.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da investigação foram os estudantes e professores dos estágios curriculares supervisionados nos espaços da Atenção Básica à saúde, no âmbito das instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB, e os fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e profissionais do colegiado gestor de cada Distrito Sanitário do município, no âmbito dos serviços de saúde.

3.4 Instrumentos de Coleta e obtenção do material empírico

Para capturar a descrição histórica e processual do curso de fisioterapia em cada uma das quatro instituições que oferecem esta formação em João Pessoa foi produzido um Formulário (instrumento I, Apêndice A) para anotações sobre os dados de criação dos cursos; descrição do marco teórico-metodológico; objetivos do curso; perfil do profissional egresso; competências, atitudes e habilidades. Para obter informações relativas às bases metodológicas que norteiam o estágio supervisionado curricular ou disciplina relativa às atividades da Atenção Básica, abriu-se um espaço para anotações sobre os procedimentos, recursos e processos de Avaliação, previstos nos vários planos de ensino das quatro escolas.

Para buscar o posicionamento de professores e estudantes sobre as aproximações e os distanciamentos da formação em relação à prática profissional no contexto da Atenção Básica, produziu-se um Questionário 1 (Instrumento II/ Apêndice A) com questões dirigidas aos professores e outro Questionário 2 (Instrumento III/ Apêndice A) com questões dirigidas aos estudantes.

Para buscar o posicionamento dos gestores e fisioterapeutas sobre as aproximações e os distanciamentos da formação em relação à prática profissional no contexto da Atenção Básica, produziu-se um Questionário 3 (Instrumento IV/ Apêndice A) com questões dirigidas aos gestores e outro Questionário 4 (Instrumentos V/ Apêndice A) com questões dirigidas aos fisioterapeutas.

Para a etapa qualitativa foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturado (Instrumento VI/Apêndice A), através do qual foi possível capturar o posicionamento dos sujeitos da pesquisa acerca do processo de formação do fisioterapeuta e sua inserção na Atenção Básica em João Pessoa/PB.

3.5 O trabalho de campo

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a realização do trabalho de campo foram realizados contatos prévios com a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, a fim de solicitar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa nas instituições de ensino superior

previamente selecionadas e nas Unidades de Saúde da família dos Distritos sanitários do município (ANEXO B).

De posse da autorização, procedeu-se o primeiro contato direto com os coordenadores dos cursos de Fisioterapia das instituições selecionadas para a pesquisa e com os diretores de cada Distrito Sanitário para dar início a coleta dos dados nos respectivos cenários da pesquisa.

Primeiramente, foram coletados os dados nas instituições de ensino. Para conferir praticidade à coleta, buscou-se saber junto à coordenação de cada curso qual o dia em que os estudantes estariam reunidos na instituição, uma vez que o estágio curricular supervisionado é realizado nos espaços das Unidades de Saúde da Família. Normalmente, a aplicação ocorreu nos momentos dos exames avaliativos escritos de cada estágio, ou durante as aulas presenciais nas respectivas instituições.

Já nos serviços de saúde, a aplicação dos questionários aconteceu durante as reuniões matriciais de cada Distrito Sanitário. Estas reuniões são semanais e contam com a presença dos diretores, fisioterapeutas e demais profissionais da Atenção Básica.

Todos os questionários foram preenchidos na presença da pesquisadora responsável que se mantinha atenta ao preenchimento a fim de intervir caso fosse necessário, bem como sanar eventuais dúvidas dos profissionais em relação às questões. Não foi registrada nenhuma recusa à participação da pesquisa e, ao final da coleta dos dados, obteve-se um total de 212 questionários respondidos, sendo 26 de professores, 143 de estudantes, 18 de diretores e 25 de fisioterapeutas. Os registros referentes à pesquisa qualitativa ocorreram junto à coleta dos dados quantitativos a fim de viabilizar os procedimentos metodológicos.

3.6 Análise Quantitativa dos Dados

A análise dos dados obtidos através dos questionários foi realizada através do *software R*, disponível no site www.r-project.org, em sua versão 2.9. Esse instrumento fornece uma ampla variedade de técnicas estatísticas na manipulação de dados, cálculos e visualização gráfica. Uma de suas características mais atrativas é o fato dele ser um *software* livre e, consequentemente, ser obtido e distribuído sem nenhum custo. Isso faz do R não somente um bom ambiente de programação para estudantes e profissionais, mas também uma excelente ferramenta de ensino, já que os estudantes podem obter o programa, instalá-lo em seus computadores e aprender a utilizá-lo como instrumento de trabalho (BEASLEY, 2004 *apud* BEZERRA 2011).

Para melhor proceder no *software R*, os dados foram trabalhados em forma de tabelas, nas quais foram estudadas as proporções das variáveis desejáveis, assim como foram realizados testes de hipóteses paramétricos, como método para tomada de decisão.

3.7 Análise Qualitativa dos Dados

Para a análise qualitativa dos dados foi realizada a leitura do material empírico, obtido mediante a aplicação do questionário semi-estruturado em confronto com as categorias conceituais eleitas para o estudo: o processo de trabalho em fisioterapia e o processo formativo de fisioterapeutas.

Através dessa análise foi possível relacionar as posições identificadas nos textos, em termos de acordo e desacordo com a literatura, conforme orientação da técnica de Análise de Discurso da vertente proposta por Fiorin (1998).

Essa orientação metodológica de análise e a visualização da posição dos sujeitos entrevistados (estudantes, professores, fisioterapeutas e gestores) mediante a temática instaurada permitiu identificar os distanciamentos entre os processos de formação e a utilização da força de trabalho da Fisioterapia na Atenção Básica à saúde.

3.8 Aspectos éticos

O referido projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wandreley da Universidade Federal da Paraíba (CEP/HULW/UFPB), cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o qual foi aprovado com o Parecer nº 693/10 (ANEXO A).

Em ambas as etapas da pesquisa os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e esclarecidos de que a participação era voluntária, havendo a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa, sem risco de qualquer penalização ou prejuízos de natureza pessoal ou profissional. Foi assegurado aos participantes o anonimato, quando das publicações dos resultados, bem como o sigilo das informações consideradas confidenciais.

Resultados e Discussão

4. ABORDAGENS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

4.1 ABORDAGENS QUANTITATIVAS

Nesta secção, analisa-se quantitativamente o material empírico coletado nas instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia no município de João Pessoa e o processo de trabalho desenvolvido por fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) nos espaços de atenção básica à saúde em João Pessoa/PB.

Foram utilizadas técnicas estatísticas exploratórias e Testes de Hipóteses para verificar a associação entre as variáveis de teste, a fim de constatar a aproximação e o distanciamento entre o processo de formação e a utilização da força de trabalho na área da Fisioterapia.

4.1.1 Testes de associação nas Instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB

Em atenção ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os nomes das instituições cenários da pesquisa foram substituídos por cores: branca, vermelha, verde e azul.

A tabela 1 descreve o quantitativo de professores e alunos que foram entrevistados, e que naquele momento estavam vivenciando o estágio curricular supervisionado nos serviços

da atenção básica. Este estágio ocorre nos últimos períodos da graduação em Fisioterapia, normalmente entre o sétimo e o nono período do curso.

IES	nº de professores do estágio na atenção básica	nº de estudantes do estágio na atenção básica
Branca	3	24
Vermelha	8	40
Verde	9	39
Azul	6	40
TOTAL	26	143

Tabela 1. Quantitativo de professores e estudantes do estágio curricular supervisionado na atenção básica em cada instituição de ensino superior (IES).

As tabelas 2 e 3 apresentam a distribuição dos professores e estudantes das quatro instituições de ensino segundo a faixa etária, respectivamente. Optou-se pelas faixas compreendidas entre 20 – 29 anos, 30 – 39 anos, e 40 – 49 anos.

	BRANCA	VERMELHA	VERDE	AZUL
20 – 29 anos	-	0	3	2
30 – 39 anos	1	7	5	2
40 – 49 anos	2	1	1	2
TOTAL	3	8	9	6

Tabela 2. Faixa etária dos professores das instituições de ensino que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

	BRANCA	VERMELHA	VERDE	AZUL
20 – 29 anos	24	40	34	38
30 – 39 anos	-	-	3	2
40 – 49 anos	-	-	2	-
TOTAL	24	40	39	40

Tabela 3. Faixa etária dos estudantes das instituições de ensino que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

Para caracterizar o perfil dos professores, foi questionado o tempo de formação de cada um deles, bem como a ocorrência, ou não de preparação prévia para o magistério. Essas informações estão dispostas nas tabelas 4 e 5.

IES	TEMPO DE FORMAÇÃO				
	< 5a	5 – 10 ^a	11 – 15a	16 – 20a	> 20a
Branca	-	1	1	-	1
Vermelha	-	4	2	2	-
Verde	4	4	1	-	-
Azul	-	5	-	1	-
TOTAL	4	14	4	3	1

Tabela 4. Tempo de formação dos professores das quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

IES	PREPARAÇÃO PRÉVIA PARA O MAGISTÉRIO		
	SIM	NÃO	EM PARTE
Branca	1	1	1
Vermelha	3	5	-
Verde	-	6	3
Azul	2	3	1
TOTAL	6	15	5

Tabela 5. Preparação prévia para o magistério entre os professores das quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

De acordo com as informações reveladas na tabela 4, foi possível constatar que 15,38% dos professores entrevistados possuem tempo de formado inferior a cinco anos; 53,85%, entre cinco e dez anos; 15,38%, entre onze e quinze anos; 11,54%, entre dezesseis e vinte anos; e 3,85%, acima de vinte anos. A variável tempo de formação pode interferir na qualidade do ensino oferecido aos estudantes, uma vez que a experiência docente, via de regra, favorece a prática educativa nos processos de ensino e aprendizagem. Entretanto, diante do fato da Fisioterapia ser uma profissão relativamente recente, com menos de quarenta anos

de regulamentação, é comum a baixa prevalência de professores com mais de quinze anos de formação.

A tabela 5 aponta para uma situação bastante peculiar, uma vez que a maioria dos professores entrevistados não citou ter passado por preparação prévia para o magistério. No total dos 26 professores pertencentes ao estágio na atenção básica, apenas 23,08% afirmou ter sido preparado previamente para lecionar na instituição de ensino em contraste com 57,69% que assegurou não possuir qualificação prévia para o magistério.

De acordo com Bordenave e Pereira (2008), o professor deve oferecer ao aluno a chance de vivenciar experiências em diferentes contextos, através de técnicas de ensino previamente planejadas, revelando assim sua capacidade de estruturar atividades para promover situações de ensino-aprendizagem. A não preparação para o magistério e, em particular, para o magistério de nível superior, via de regra, pode comprometer a ação docente e todo o processo ensino aprendizagem que, já disponibiliza para os militantes dessa área, inúmeras técnicas e processos facilitadores de seu labor.

A seguir, estão listadas as variáveis através das quais foi possível testar a associação entre os diferentes temas relacionados ao processo de ensino aprendizagem na formação fisioterapêutica nos espaços da atenção básica à saúde.

Variável 1. Portaria GM/MS n° 154/2008 - NASF

A análise desta variável buscou verificar como os professores e estudantes entrevistados nas diferentes instituições de ensino contextualizam a portaria GM/MS nº 154/2008 no universo de atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Vale lembrar que esta portaria foi criada para fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, melhorando a qualidade e a resolutividade da atenção básica à saúde, sendo uma importante ferramenta para profissionais e usuários do SUS, possibilitando o acesso a serviços de promoção e prevenção em saúde com qualidade e eficácia garantidas.

Para testar a associação entre as respostas dos professores e estudantes foram construídas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de estudantes que responderam conhecer a Portaria **igual** à proporção populacional de professores que comentaram sobre a Portaria durante o estágio curricular supervisionado.

H₁: proporção de estudantes que responderam conhecer a Portaria **diferente** da proporção populacional de professores que comentaram sobre a Portaria durante o estágio curricular supervisionado.

A tabela 6 apresenta as hipóteses testadas com os respectivos p-valores encontrados, bem como a proporção amostral, em porcentagem, dos estudantes que mencionaram ter sido discutida a Portaria NASF durante o estágio curricular supervisionado na atenção básica.

IES	Proporção Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
BRANCA	66,67	$H_0: p = 0,9997$ $H_1: p \neq 0,9997$	< 2.2e-16
VERMELHA	20,00	$H_0: p = 0,875$ $H_1: p \neq 0,875$	< 2.2e-16
VERDE	46,15	$H_0: p = 0,111$ $H_1: p \neq 0,111$	1.895e-11
AZUL	42,50	$H_0: p = 0,333$ $H_1: p \neq 0,333$	0.286

Tabela 6. Apresentação das hipóteses testadas segundo a discussão da Portaria GM/MS nº 154/2008 durante o estágio curricular supervisionado nos espaços da atenção básica à saúde.

A partir da aplicação do teste de hipótese para proporção, a análise dos dados da tabela 1 revelou que as instituições Branca, Vermelha e Verde tiveram suas hipóteses nulas rejeitadas por ter sido encontrado um p-valor menor que o nível de significância (p-valor < 0,05). Isto indica que nestas instituições existe uma diferença entre a proporção de professores que disseram comentar sobre a Portaria e a proporção de estudantes que responderam ter sido a Portaria discutida durante o estágio supervisionado nos serviços da atenção básica.

Esta diferença sinaliza um distanciamento negativo entre o que ensinam os professores e o que apreendem os estudantes, apontando prováveis lacunas nas abordagens metodológicas utilizadas para esta temática nas referidas instituições.

Entretanto, diferentemente das instituições Branca, Vermelha e Verde, a instituição Azul não apresentou evidência estatística para rejeitar H_0 . Isto indica que nesta instituição a proporção de estudantes que responderam conhecer a Portaria NASF é aproximadamente igual à proporção de professores que afirmaram comentar sobre esta temática durante o estágio curricular nos espaços da atenção básica. Isto evidencia uma aproximação positiva entre o que explanam os professores e o que entendem os estudantes, apontando a utilização de uma abordagem metodológica capaz de contextualizar teoria e prática no campo de estágio.

Dessa forma, os egressos do curso de Fisioterapia da instituição Azul, em comparação com as demais instituições, apresentam um melhor entendimento acerca da inserção do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, sendo essa uma importante característica para o futuro profissional de fisioterapia que deseje atuar no campo da Saúde Pública.

Além disso, constatou-se que as instituições Branca, Vermelha e Verde, ao apresentarem esse distanciamento negativo entre professores e estudantes, corroboram com o que afirmam Meyer; Costa e Gico (2006), quando consideraram que a estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular dos cursos de fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde, existindo pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais.

Promover a discussão da portaria NASF durante a formação do estudante de fisioterapia nos serviços da atenção básica significa incitar a produção do conhecimento em ato, através de vivências e intervenções que incorporem o conceito ampliado de saúde na conduta destes futuros profissionais. Além disso, o fisioterapeuta, ao pretender atuar na atenção básica, deve entender que pode executar condutas de prevenção aos agravos à saúde, não devendo se sentir refém de terapêuticas estritamente curativas e de reabilitação.

Outro dado importante, observado através das proporções amostrais da tabela 1, é a significante disparidade verificada na instituição Vermelha, em que apenas 20% dos estudantes responderam conhecer a Portaria NASF, contrapondo-se a 87,5% dos professores que afirmaram discutir a Portaria durante o estágio. Este dado é de grande relevância porque aponta uma considerável incongruência metodológica no processo ensino-aprendizagem naquela instituição, revelando que os procedimentos e recursos adotados pelos professores durante o estágio estão descontextualizados com a realidade da atenção básica, o que compromete a formação dos fisioterapeutas egressos desta formação, que concluem o estágio na Estratégia de Saúde da Família sem o devido entendimento das diretrizes do NASF.

A Portaria GM/MS nº 154/2008 foi implementada para extrapolar os limites da especificidade das linhas de cuidado e disponibilizar uma atenção integral, equânime e universal. Suas diretrizes apontam para um atendimento compartilhado, com intervenções interdisciplinares e ações comuns nos territórios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família. Além disso, os profissionais do NASF também precisam estar aptos a desenvolver intervenções do seu núcleo específico, aumentando ainda mais o leque de ofertas nos serviços da atenção básica. De acordo com Silva e Da Ros (2007), para alavancar atividades neste contexto, os profissionais de saúde devem estar bem preparados e informados sobre as políticas de saúde e particularmente sobre o SUS.

Constatar que cursos de graduação em Fisioterapia apresentam contradições entre o que ensinam os professores e o que apreendem os estudantes acerca de um tema tão relevante, como o abordado através dos debates e discussões da Portaria NASF, aponta um distanciamento entre o que foi proposto pelo advento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fisioterapia, a partir de 2002, e o que se verifica nas abordagens metodológicas adotadas em determinadas instituições. Isto sugere a necessidade de reavaliar a estrutura curricular das instituições de ensino para que ocorra uma melhor utilização e aproveitamento das ferramentas pedagógicas disponíveis na literatura especializada, bem como, do repasse das informações vinculadas a atenção básica e diretrizes do NASF.

Variável 2. Nível de atenção à saúde mais adequado para o fisioterapeuta se inserir após a formação

Esta variável permitiu analisar a concepção de professores e estudantes das instituições de ensino investigadas acerca do nível de atenção à saúde que ambos consideraram mais adequado para o fisioterapeuta se inserir após a sua formação. Os dados revelaram o entendimento dos professores no tocante ao perfil dos egressos do curso de fisioterapia, bem como a visão que os próprios estudantes têm acerca de sua inserção no mercado de trabalho após a sua formação.

A tabela 7 apresenta as proporções simples das respostas de todos os professores e estudantes das quatro instituições de ensino superior, de acordo com o nível de atenção à saúde que cada um escolheu como resposta.

Nível de atenção	Estudantes (%)	Professores (%)
Primário	39,86	23,08
Secundário	12,59	3,84
Terciário	8,39	15,39
Todos	39,16	57,69
Total	100,00	100,00

Tabela 7. Proporções simples dos professores e estudantes, segundo a escolha do nível de atenção mais adequado para o fisioterapeuta se inserir após a formação.

Analizando a tabela 7, constata-se que as opções “nível primário” e “todos” foram as variáveis que apresentaram maior distanciamento segundo o que afirmaram professores e estudantes. Inclusive, a variável “todos” surgiu durante a primeira aplicação dos

questionários, onde parte considerável dos sujeitos questionava se poderia escolher todos os níveis como resposta, já que entendiam ser o fisioterapeuta preparado para inserir-se em todos os níveis de atenção à saúde após a formação. Diante disso, a variável “todos” foi acrescentada entre as opções.

Assim, foram realizados testes de hipótese para verificar a ocorrência de associação com significância estatística entre as respostas dadas pelos professores e estudantes em relação à escolha das opções “nível primário” e “todos os níveis” como o nível mais adequado de inserção do fisioterapeuta após a formação.

Para testar a associação entre as proporções de professores e estudantes que responderam “nível primário” como o mais adequado para a inserção do egresso de fisioterapia, foram elaboradas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de estudantes que responderam nível primário como nível mais adequado para a inserção do egresso de fisioterapia **igual** à proporção populacional de professores que também escolheram nível primário.

H₁: proporção de estudantes que responderam nível primário como nível mais adequado para a inserção do egresso de fisioterapia **diferente** à proporção populacional de professores que também escolheram nível primário.

A tabela 8 apresenta as hipóteses testadas com os respectivos p-valores encontrados, bem como a proporção amostral, em porcentagem, dos estudantes que responderam ser o nível primário de atenção à saúde o mais adequado para o fisioterapeuta ser inserido após a sua formação, por instituição de ensino superior.

IES	Proporção Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
BRANCA	37,50	$H_0: p = 0,167$ $H_1: p \neq 0,167$	3.142e-05
VERMELHA	25,00	$H_0: p = 0,375$ $H_1: p \neq 0,375$	0.1416
VERDE	64,10	$H_0: p = 0,111$ $H_1: p \neq 0,111$	< 2.2e-16
AZUL	29,17	$H_0: p = 0,333$ $H_1: p \neq 0,333$	0.8289

Tabela 8. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível primário de atenção à saúde como o mais adequado para o fisioterapeuta ser inserido após a sua formação.

Analizando a tabela 8, constata-se que as instituições Branca e Verde tiveram suas hipóteses nulas rejeitadas por ter sido encontrado um p-valor menor do que o nível de significância (p-valor < 0,05). Isto indica que, nestas instituições, a proporção de estudantes que considera o nível primário de atenção à saúde como mais adequado para a inserção do fisioterapeuta após a formação é maior que a proporção de professores que consideram o mesmo.

O fato da proporção de estudantes, que apontaram o nível primário como mais adequado para o egresso de fisioterapia se inserir, ter sido maior que a proporção de professores, que também escolheram o nível primário como resposta, sinaliza que os estudantes destas instituições entendem que o nível primário de atenção à saúde é um campo favorável para que o fisioterapeuta desenvolva suas atividades enquanto profissional.

Sugere também que os professores destas instituições lançam mão de ferramentas metodológicas que conceituam e contextualizam o conhecimento que está, em ato, sendo construído. Sobre *experiência de aprendizagem e atividades de ensino-aprendizagem*, Bordenave e Pereira (2008), afirmam que,

[...] para realizar seus objetivos, o professor necessita conseguir que os alunos se exponham e vivam certas experiências capazes de neles induzir as mudanças desejadas. Tais experiências, por sua vez, exigem certos *insumos educativos* na forma de influências do ambiente que atuam sobre ele. Assim, os objetivos exigem que os alunos exponham-se a problemas reais ou a representações dos problemas, a fatos e teorias, a fórmulas e teoremas, a conflitos e esforços de cooperação etc. Isto é o que se denomina *conteúdo de matéria* [...] (BORDENAVE, PEREIRA, 2008, p.63).

Por outro lado, o que foi constatado nas instituições Branca e Verde vai de encontro ao que afirmaram Rebelatto e Botomé (1999), ao citarem que a fisioterapia padece de uma “inércia profissional” caracterizada pela passividade de seus profissionais atuarem prioritariamente em hospitais e clínicas de reabilitação; e contradiz também Bispo Júnior (2009), que afirma ter ocorrido certa letargia na proposição das contribuições da fisioterapia para a promoção da saúde e prevenção de doenças, e sobre a intervenção desta profissão em âmbito coletivo.

Os dados evidenciaram que, os estudantes das instituições Branca e Verde manifestaram estar preparados para se inserir nos espaços da atenção básica, consequência da devida utilização dos recursos metodológicos por parte dos professores destas instituições, que em seus planos de ensino incluíram informações sobre os princípios e diretrizes do SUS, apontando para uma real mudança no que diz respeito inserção da fisioterapia nos espaços da atenção básica em João Pessoa.

Nas instituições, Vermelha e Azul, foi observado que as hipóteses nulas não foram rejeitadas por ter sido encontrado um p-valor maior que o nível de significância (p-valor > 0,05). Isto indica que, nestas instituições, a proporção de estudantes que considera o nível primário de atenção à saúde como mais adequado para a inserção do fisioterapeuta após a formação é igual à proporção de professores que consideram o mesmo. Isto significa que há uma aproximação daquilo que pensam os estudantes e professores acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, porém esta associação não é significativamente estatística.

Considerando que, o perfil do profissional egresso da fisioterapia deve ser generalista e com capacitação para atuar em todos os níveis de atenção a saúde, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para esse curso, é fundamental refletir sobre seu espaço de atuação, no âmbito das demais profissões da saúde, e seu processo de formação, ainda em nível de graduação.

Para testar a associação entre o que responderam estudantes e professores acerca da variável que aponta ser o fisioterapeuta capacitado para se inserir em “todos os níveis” de atenção à saúde após a sua formação, foram elaboradas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de estudantes que responderam ser o fisioterapeuta capacitado para se inserir em todos os níveis de atenção à saúde após a formação **igual** à proporção populacional de professores que também escolheram todos os níveis de atenção como resposta.

H₁: proporção de estudantes que responderam ser o fisioterapeuta capacitado para se inserir em todos os níveis de atenção à saúde após a formação **diferente** à proporção populacional de professores que também escolheram todos os níveis de atenção como resposta.

A tabela 9 apresenta as hipóteses testadas com os respectivos p-valores encontrados, bem como a proporção amostral, em porcentagem, dos estudantes que responderam ser o fisioterapeuta capaz de se inserir em todos os níveis após a sua formação.

IES	Proporção Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
BRANCA	58,33	H ₀ : p = 0,6667 H ₁ : p ≠ 0,6667	0.5158
VERMELHA	57,50	H ₀ : p = 0,5 H ₁ : p ≠ 0,5	0.4292
	7,69	H ₀ : p = 0,6667	1.057e-14

VERDE		$H_1: p \neq 0,6667$	
AZUL	40,00	$H_0: p = 0,5$ $H_1: p \neq 0,5$	0.2684

Tabela 9. Apresentação das hipóteses testadas segundo a capacidade do fisioterapeuta se inserir em todos os níveis de atenção à saúde após a sua formação.

Os dados da tabela 9 revelam que apenas a instituição Verde teve sua hipótese nula rejeitada por ter sido encontrado um p-valor menor do que o nível de significância (p-valor < 0,05). Além disso, observando que nesta instituição apenas 7,69% dos estudantes concordaram com a assertiva de que o fisioterapeuta é capaz de se inserir em todos os níveis de atenção à saúde após a formação, e contrastando esse percentual com 66,67% dos professores que defenderam o mesmo, fica evidente um distanciamento entre o que pensam os estudantes e professores acerca da atuação do fisioterapeuta.

Isto alerta para o que assevera Pereira (2003), quando defende que a formação profissional no campo da saúde deve ser exercida de forma horizontal, para que aluno e professor compartilhem de uma visão apurada do que representa a saúde nos diversos níveis de atenção.

Quando professores afirmam que o egresso de fisioterapia tem capacidade para se inserir em todos os níveis de atenção, e seus estudantes demonstram pensar de forma diferente, acreditando, inclusive, estarem mais bem preparados para atuar no nível primário, fica evidente uma importante mudança na forma como tem se organizado a estrutura curricular da graduação em Fisioterapia, comumente voltada para a reabilitação e cura dos agravos à saúde, conforme defende Paim (2003):

[...] o modelo de formação neoliberal-capitalista encontrou sólido alicerce no já estruturado modelo biologicista-privatista, que privilegiou o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamentou nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura [...] (PAIM, 2003, p.259).

O que foi constatado na instituição Verde diverge do que afirma Silva e Da Ros (2007), quando afirmam existir uma limitada compreensão, por parte de profissionais e estudantes, das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Ao contrário disso, a formação na instituição Verde demonstra acontecer de forma contextualizada com as demandas da Estratégia de Saúde da Família, tendo seus estudantes a oportunidade de vivenciar um estágio curricular na atenção básica que os permitem intervir na realidade como agente transformador, sendo esta uma oportunidade ímpar para que o mercado de trabalho receba um profissional ciente de suas atribuições perante o sistema de saúde vigente no país.

As demais instituições, apesar de não terem apresentado associação significativamente estatística entre o que pensam estudantes e professores acerca do fisioterapeuta ser um profissional capaz de atuar em todos os níveis de atenção após a formação, revelaram proporções bastante próximas, o que também sinaliza uma aproximação positiva acerca da temática em questão.

Variável 3. Nível de atenção à saúde que o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação

Esta variável também permitiu compreender como se dá a formação em fisioterapia, segundo os níveis de atenção à saúde. Através do questionamento - “Em sua opinião, para que nível de atenção à saúde o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo de sua formação?” - foi possível constatar como estão sendo organizadas as estruturas curriculares dos cursos de fisioterapia nas diferentes instituições pesquisadas.

A tabela 10 apresenta as proporções simples das respostas de todos os professores e estudantes de acordo com o nível de atenção à saúde para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.

Nível de atenção	Estudantes (%)	Professores (%)
Primário	16,08	26,92
Secundário	45,46	42,31
Terciário	38,46	30,77
Total	100,00	100,00

Tabela 10. Proporções simples dos professores e estudantes, segundo a escolha do nível de atenção para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.

Observou-se na tabela 10 que o nível primário de atenção à saúde teve a menor expressão entre as respostas dos estudantes e professores no que diz respeito a este ser o nível para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo de sua formação.

Isto já sinaliza que os cursos de Fisioterapia em João Pessoa, de um modo geral, não enfocam adequadamente ao longo da formação os contextos e demandas da atenção básica, ficando evidente que o processo ensino-aprendizagem nestas instituições não engloba, ou engloba parcialmente, os conteúdos relacionados ao nível primário de atenção à saúde.

Diante disso, buscou-se investigar a ocorrência de associação significativamente estatística entre o que apontaram estudantes e professores acerca da formação nos moldes do “nível primário” de atenção à saúde. Assim, para analisar se o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo de sua formação para o nível primário, foram elaboradas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de estudantes que responderam serem mais preparados para o nível primário ao longo da formação **igual** à proporção populacional de professores que responderam melhor preparar seus estudantes para o nível primário.

H₁: proporção de estudantes que responderam serem mais preparados para o nível primário ao longo da formação **diferente** à proporção populacional de professores que responderam melhor preparar seus estudantes para o nível primário.

IES	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
BRANCA	4,17	$H_0: p = 0,333$ $H_1: p \neq 0,333$	0.004888
VERMELHA	10,00	$H_0: p = 0,25$ $H_1: p \neq 0,25$	0.04461
VERDE	15,00	$H_0: p = 0,333$ $H_1: p \neq 0,333$	0.02213
AZUL	30,77	$H_0: p = 0,222$ $H_1: p \neq 0,222$	0.2735

Tabela 11. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível primário de atenção à saúde como aquele para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.

A análise da tabela 11 informa que apenas a instituição Azul não teve sua hipótese nula rejeitada, já que o p-valor encontrado foi maior que o nível de significância ($p\text{-valor} >$

0,05). Isto indica que a proporção de estudantes que se sentem melhor preparados, ao longo da formação, para o nível primário é igual à proporção populacional de professores que afirmaram conduzir o processo ensino-aprendizagem de acordo com os parâmetros da atenção primária, o que sinaliza uma aproximação entre o que compreendem professores e estudantes nesta instituição.

Entretanto, nas instituições Branca, Vermelha e Verde foi verificado que a proporção de estudantes que responderam se preparar melhor para o nível primário é menor que a proporção populacional de professores que responderam preparar melhor seus alunos para este nível. Isto demonstra um distanciamento entre o que afirmam professores e estudantes, revelando interpretações diferentes no que diz respeito aos conhecimentos construídos nos espaços da atenção básica durante o estágio curricular supervisionado.

Nestas instituições, enquanto os professores consideram que, durante a formação, preparam melhor seus estudantes para o nível primário, estes, por sua vez, apontam que os conhecimentos apreendidos ao longo do curso não são condizentes com as exigências da atenção básica.

Este é um quadro que sinaliza a urgência em se realizar uma avaliação acurada da maneira como está se desenvolvendo a graduação nestas instituições, uma vez que a formação em Fisioterapia não pode seguir impulsionando modelos de formação engessados, que incentivem a fragmentação do ensino em conteúdos cada vez mais específicos e isolados.

Nesse contexto, Pereira (2003) e Gil (2010) asseveram que as ações no âmbito da atenção básica não exigem somente a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída, pré-requisitos primordiais para a atuação do fisioterapeuta nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Para atuar no nível primário de atenção são necessárias intervenções direcionadas para a promoção e manutenção da qualidade de vida, interferindo no modo de produção do cuidado na atenção básica.

Desta forma, as abordagens metodológicas utilizadas pelos professores durante o estágio na atenção básica devem primar pela utilização de atividades pedagógicas inseridas na realidade socioeconômica dos usuários dos serviços de saúde, uma vez que estes espaços representam o campo de prática em que o estudante de fisioterapia, durante a sua formação, compreenderá o real valor de suas atribuições na atenção primária à saúde.

Variável 4. Carga horária do estágio curricular supervisionado

Esta variável possibilitou descobrir o que consideram os estudantes e professores das quatro instituições de ensino pesquisadas acerca da duração da carga horária do estágio curricular supervisionado nos espaços da atenção básica. Assim, foi possível analisar como estão distribuídos os créditos por hora aula destinados aos estágios na Estratégia de Saúde da Família durante a formação dos fisioterapeutas em João Pessoa.

A tabela 12 traz as cargas horárias dos estágios curriculares supervisionados nos espaços da atenção básica das quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa.

IES	Carga horária do estágio (horas/aula)
BRANCA	135
VERMELHA	120
VERDE	450
AZUL	140

Tabela 12. Carga horária dos estágios curriculares supervisionados na atenção básica por instituição de ensino superior (IES).

A tabela 13 apresenta as proporções simples das respostas dos estudantes e professores acerca da duração do estágio curricular supervisionado nos espaços da atenção básica.

Carga Horária do Estágio	Estudantes (%)	Professores (%)
Suficiente	66,43	38,47
Insuficiente	33,57	61,53
Total	100,00	100,00

Tabela 13. Proporções simples dos professores e estudantes, segundo a escolha do nível de atenção para o qual o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo da formação.

A análise desta tabela elucida uma considerável disparidade entre o que consideram os estudantes e professores acerca da duração do estágio curricular supervisionado, constatando-se que, de um modo geral, os estudantes consideram a duração do estágio suficiente, enquanto os professores julgam ser insuficiente.

Para verificar a ocorrência de associação significativa entre o que responderam os estudantes e professores acerca da carga horária dos estágios curriculares das diferentes instituições, foram formuladas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de estudantes que responderam ser a carga horária do estágio suficiente igual à proporção populacional de professores que responderam ser a carga horária do estágio suficiente.

H₁: proporção de estudantes que responderam ser a carga horária do estágio suficiente diferente da proporção populacional de professores que responderam ser a carga horária do estágio suficiente.

IES	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
BRANCA	70,83	$H_0: p = 0,333$ $H_1: p \neq 0,333$	0.0002
VERMELHA	65,00	$H_0: p = 0,5$ $H_1: p \neq 0,5$	0.08199
VERDE	64,10	$H_0: p = 0,222$ $H_1: p \neq 0,222$	1.035e-09
AZUL	67,5	$H_0: p = 0,5$ $H_1: p \neq 0,5$	0.02497

Tabela 14. Apresentação das hipóteses testadas segundo a carga horária do estágio curricular supervisionado na atenção básica à saúde.

Analizando a tabela 14, verifica-se que apenas a instituição Vermelha não teve sua hipótese nula rejeitada, já que o p-valor encontrado foi maior que o nível de significância (p-valor > 0,05). Isto indica que, nesta instituição, a proporção de estudantes que responderam ser a carga horária do estágio suficiente é igual à proporção populacional de professores que responderam o mesmo.

Assim, pode-se afirmar que, na instituição Vermelha, há uma aproximação entre o que consideram os professores e estudantes acerca da duração do estágio nos espaços da atenção básica, significando que as atividades previstas para serem executadas durante o estágio são executadas de acordo com o planejado. Todavia, vale salientar que a instituição Vermelha é a que possui menor carga horária destinada ao estágio nas unidades de Saúde da Família, o que acaba comprometendo as atividades práticas dos estudantes junto à comunidade SUS-dependente.

Em contrapartida, nas instituições Branca, Verde e Azul a variável em questão apresentou divergências significativas entre as respostas dos professores e estudantes, sinalizando um distanciamento entre o que consideram estes sujeitos acerca da duração da carga horária do estágio na atenção básica. Na tabela 14 é possível verificar que nestas

instituições, a proporção de estudantes que consideram a carga horária suficiente é maior que a proporção de professores que consideram o mesmo. Isto sinaliza que os professores das instituições Branca, Verde e Azul não consideram a carga horária do estágio adequada ao cumprimento do conteúdo programático proposto no plano de ensino da disciplina.

O fato dos estudantes considerarem a carga horária do estágio na atenção básica suficiente, diferente do que pensam seus professores, corrobora com Schwingel (2002) quando assevera que o acadêmico de fisioterapia apresenta pouco interesse nas disciplinas do campo social, como a Sociologia, Antropologia, Saúde Coletiva, Fisioterapia Preventiva, em detrimento das disciplinas exclusivamente técnicas como Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, e que na ausência do debate social e análise da realidade, perde-se uma parcela importante da formação.

Este dado corrobora com o que já foi encontrado anteriormente, na variável “nível de atenção à saúde mais adequado para o fisioterapeuta se inserir após a formação”. Na análise desta variável, os estudantes responderam se sentirem mais preparados para atuar no nível primário de atenção à saúde após a sua formação. Assim, percebe-se que os estágios curriculares na atenção básica em João Pessoa, embora considerados com carga horária insuficiente por parte dos professores, conseguem sensibilizar o estudante de fisioterapia para desempenhar suas atividades profissionais no nível primário de atenção à saúde.

4.1.2 Testes de associação nos serviços da atenção básica à saúde em João Pessoa/PB

Nesta investigação, também foi pesquisado o processo de trabalho dos fisioterapeutas do NASF nos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas acerca da inserção da fisioterapia na atenção básica com os fisioterapeutas de cada Distrito e seus respectivos gestores.

A tabela 15 informa o quantitativo de fisioterapeutas e gestores em cada Distrito Sanitário de João Pessoa. Foram entrevistados os fisioterapeutas vinculados ao NASF, já que a atenção básica à saúde no município de João Pessoa conta, também, com fisioterapeutas lotados na estratégia da Atenção Domiciliar. Vale salientar que, estes profissionais não foram incluídos na pesquisa, pois, suas atividades não são vinculadas diretamente à Estratégia de Saúde da Família, e o vínculo empregatício não se dá pela Portaria do NASF.

Distrito Sanitário	n° de diretores do colegiado gestor	n° de fisioterapeutas do NASF
I	3	4
II	4	4
III	4	8
IV	4	3
V	3	5
TOTAL	18	25

Tabela 15. Quantitativo de diretores e fisioterapeutas de cada Distrito Sanitário em João Pessoa/PB.

Também foi questionado o tempo de formado que cada fisioterapeuta do NASF, uma vez que, está é uma característica diretamente relacionada ao processo de trabalho em saúde. Além disso, o tempo de formado também indica a que estrutura curricular o fisioterapeuta foi submetido durante sua formação, considerando o advento das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Fisioterapia a partir de 2002.

A tabela 16 indica o tempo de formado dos fisioterapeutas do NASF em João Pessoa, por Distrito Sanitário, obedecendo aos seguintes intervalos de tempo: 1 – 5 anos de formado; 6 – 10 anos de formado; e 11 – 15 anos de formado.

Distrito Sanitário	Tempo de Formado (anos)		
	1 – 5	6 – 10	11 – 15
I	3	1	-
II	4	-	-
III	7	1	-
IV	1	2	1
V	4	1	-
TOTAL	19	5	1

Tabela 16. Tempo de formado dos fisioterapeutas de cada Distrito Sanitário.

Analizando a tabela 16, constata-se que dezenove fisioterapeutas (76%) apresentam tempo de formado inferior a seis anos, ou seja, todos foram formados após o advento das

Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2002 e, certamente, vivenciaram experiências concretas previstas para o novo perfil profissional no âmbito da atenção básica à saúde.

Variável 1. Formação do fisioterapeuta de acordo com as exigências do nível primário de atenção à saúde

Esta variável permitiu verificar se os fisioterapeutas do NASF e os diretores dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa consideram a formação que o profissional de fisioterapia recebe durante a graduação, adequada às demandas dos serviços de saúde da rede de atenção básica.

A tabela 17 apresenta a proporção simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas do NASF dos cinco Distritos Sanitários acerca da compatibilidade da formação do fisioterapeuta em relação às exigências da atenção básica.

Formação do fisioterapeuta em relação às exigências da atenção básica	Diretores (%)	Fisioterapeutas (%)
Compatível	-	24,00
Incompatível	50,00	24,00
Em parte	50,00	52,00
Total	100,00	100,00

Tabela 17. Proporção simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas acerca da compatibilidade da formação do fisioterapeuta em relação às exigências da atenção básica.

Observando a tabela 17, é possível constatar que tanto os diretores dos Distritos Sanitários quanto os fisioterapeutas do NASF não consideram a formação do fisioterapeuta compatível com as exigências da atenção básica à saúde.

Para verificar a ocorrência de associação com significância estatística entre o que responderam os diretores e fisioterapeutas acerca da variável em questão, foram elaboradas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de fisioterapeutas que responderam ser a formação compatível com as exigências da atenção básica à saúde **igual** à proporção populacional de diretores distritais que responderam ser a formação compatível com as exigências da atenção básica à saúde.

H₁: proporção de fisioterapeutas que responderam ser a formação compatível com as exigências da atenção básica à saúde **diferente** da proporção populacional de diretores distritais que responderam ser a formação compatível com as exigências da atenção básica à saúde.

Distrito Sanitário	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
I	25,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
II	25,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
III	12,50	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
IV	25,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
V	40,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16

Tabela 18. Apresentação das hipóteses testadas segundo a compatibilidade da formação do fisioterapeuta em relação às exigências da atenção básica à saúde.

A partir da tabela 18, constata-se que em todos os Distritos Sanitários de João Pessoa a proporção de fisioterapeutas que responderam ser a sua formação compatível com as exigências da atenção básica é diferente da proporção populacional de diretores que julgaram ser a formação condizente com as demandas da atenção básica.

Este dado demonstra que os diretores dos Distritos Sanitários não consideram a formação que o fisioterapeuta recebe adequada às exigências do nível primário de atenção à saúde. Além disso, também foi verificada uma baixa proporção de fisioterapeutas que julgaram ter recebido informações suficientes durante a graduação para desempenharem suas atividades na atenção básica.

Esses dados estão de acordo com os achados de Meyer, Costa e Gico (2006), que apontam a utilização do “currículo de doenças” como imprópria para a formação transdisciplinar do profissional de saúde. E também com o estudo realizado por Silva e Da Ros (2007), que defendem que a atuação do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família ainda está pautada nos agravos à saúde, havendo, portanto, necessidade de ampliar as experiências realizadas nos estágios curriculares supervisionados na atenção básica, preparando o futuro fisioterapeuta para atuar em prol da promoção à saúde, potencializando a prática da integralidade do cuidado.

Bispo Júnior (2009) afirma que a fisioterapia optou por direcionar sua atuação para o sistema suplementar de assistência, e que convênios e planos de saúde constituíram requisitos

necessários para o acesso aos serviços de fisioterapia. Refere, ainda, que a fisioterapia elitizou-se, o acesso dos usuários do sistema público tornou-se mais difícil e a qualidade do atendimento no nível primário de atenção à saúde não acompanhou a evolução do sistema privado.

Nesse sentido, vale ressaltar que a Fisioterapia se estabeleceu como uma profissão liberal, conforme cita Bispo Júnior (2009), porém esta não foi uma opção propriamente dita dos fisioterapeutas, mas sim uma situação imposta pelo modelo econômico capitalista, em que a dialética *produção/consumo* naturalmente instalada nas relações trabalhistas acabou por modelar um perfil tecnicista dos profissionais de saúde, principalmente o fisioterapeuta, que ainda é formado para atuar somente após o estabelecimento de um acometimento à integridade física do indivíduo.

Assim, corroborando com os dados desta pesquisa, constata-se uma inadequação da formação do fisioterapeuta para atuar em outros espaços no setor saúde, já que a herança do caráter reabilitador da profissão conduz sua força de trabalho para áreas cada vez mais especializadas. É preciso reorientar a formação pedagógica deste núcleo profissional a fim de que o paradigma biomédico imposto na saúde seja definitivamente descartado, cedendo lugar a práticas que priorizem o sujeito em seu contexto social, e não apenas seu adoecimento de forma isolada.

O fisioterapeuta precisa reconhecer sua participação na atenção básica para além das ações curativas e reabilitadoras. Para isso, a formação deve ser pautada em ferramentas metodológicas que contextualizem os conteúdos pertinentes ao nível primário de atenção à saúde de acordo com a realidade das pessoas que utilizam os serviços públicos para alcançar uma melhor qualidade de vida frente as suas necessidades físicas e sociais. Além disso, a atenção básica precisa receber profissionais suficientemente afinados para elaborar projetos terapêuticos que ultrapassem a execução meramente técnica e isolada de ações desarticuladas com o cuidado integral estabelecido no cardápio dos serviços básicos de saúde.

Variável 2. Desenvolvimento das atividades de acordo com os níveis de atenção à saúde

Esta variável permitiu analisar em qual nível de atenção à saúde os profissionais de fisioterapia melhor desenvolvem suas atividades, de acordo com a visão dos diretores e fisioterapeutas do NASF em cada Distrito Sanitário de João Pessoa.

A tabela 19 aponta as proporções simples obtidas através das respostas dos diretores e fisioterapeutas do NASF entrevistados nos Distritos sanitários do município em relação ao nível de atenção que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.

Nível de Atenção à Saúde	Diretores (%)	Fisioterapeutas (%)
Primário	11,11	32,00
Secundário	61,11	44,00
Terciário	27,78	24,00
TOTAL	100,00	100,00

Tabela 19. Proporções simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas em relação ao nível de atenção à saúde que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.

Observando a tabela 19, percebe-se que tanto os diretores quanto os fisioterapeutas do NASF dos Distritos Sanitários de João Pessoa não consideram o nível primário de atenção à saúde como o mais apropriado para os fisioterapeutas atuarem. Em contrapartida, apontam o nível secundário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades, e na opinião dos diretores, o terciário aparece em segundo lugar, ficando o nível primário como ultima opção.

Para verificar a ocorrência de associação com significância estatística em relação às proporções em questão, foram elaboradas as seguintes hipóteses de teste, para cada nível de atenção à saúde em que o fisioterapeuta melhor desempenha suas atribuições:

- **Nível Primário:**

H₀: proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível primário de atenção à saúde **igual** à proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do primário de atenção à saúde

H₁: proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível primário de atenção à saúde **diferente** da proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do primário de atenção à saúde

Distrito Sanitário	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
I	50,00	H ₀ : p = 0,0003	< 2.2e-16

		$H_1: p \neq 0,0003$	
II	25,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
III	25,00	$H_0: p = 0,25$ $H_1: p \neq 0,25$	1
IV	25,00	$H_0: p = 0,25$ $H_1: p \neq 0,25$	1
V	40,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16

Tabela 20. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível primário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.

Ao interpretar a tabela 20, percebe-se que os Distritos I, II e V apresentaram associação com significância estatística (p -valor < 0,05) entre o que responderam os diretores e os fisioterapeutas acerca da variável em questão.

Isto significa que nestes Distritos a proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível primário de atenção à saúde é significativamente maior que a proporção populacional de diretores distritais que escolheram o nível primário como resposta.

Esta situação revela que os profissionais de fisioterapia destes Distritos encontram espaços na atenção básica para realizarem condutas de promoção à saúde, propiciando uma melhor qualidade de vida para aqueles que, além da reabilitação física, almejam também a sua reinserção no convívio social.

De acordo com Campos (1999), a Estratégia de Saúde da Família sugere uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, aproximando os profissionais do seu objeto de trabalho, isto é, das pessoas, famílias e coletividades, estabelecendo o compromisso de prestar assistência integral à população, a qual deve ser assistida por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as necessidades identificadas.

O fisioterapeuta que já é familiarizado com as demandas da atenção básica desde os estágios curriculares de sua formação comprehende os motivos que conduzem às pessoas aos serviços de saúde e desempenha sua conduta fisioterapêutica em conjunto com os demais núcleos específicos da Estratégia de Saúde da Família, garantindo um cuidado integral e continuado.

Nos Distritos sanitários III e IV a associação entre o que afirmaram os diretores e fisioterapeutas não teve significância estatística, mas apontou uma aproximação bem equilibrada na distribuição das respostas, o que sinaliza um entrosamento na forma com que estes sujeitos interpretam as atribuições do fisioterapeuta na atenção básica.

- **Nível Secundário:**

H₀: proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível secundário de atenção à saúde **igual** à proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do secundário de atenção à saúde

H₁: proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível secundário de atenção à saúde **diferente** da proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do secundário de atenção à saúde

Distrito Sanitário	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
I	25,00	$H_0: p = 0,3333$ $H_1: p \neq 0,3333$	1
II	25,00	$H_0: p = 0,75$ $H_1: p \neq 0,75$	0.0832
III	62,50	$H_0: p = 0,75$ $H_1: p \neq 0,75$	0.6831
IV	25,00	$H_0: p = 0,75$ $H_1: p \neq 0,75$	0.0832
V	40,00	$H_0: p = 0,3333$ $H_1: p \neq 0,3333$	1

Tabela 21. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível secundário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.

Embora o nível secundário tenha sido o que apresentou maior proporção nas respostas dos fisioterapeutas e diretores dos Distritos Sanitários, não foi verificada nenhuma associação com significância estatística entre as respostas registradas.

Isto significa que a proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível secundário de atenção à saúde é **igual** à proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do secundário de atenção à saúde.

Isto demonstra uma aproximação na interpretação que estes sujeitos apresentam quanto a atuação do fisioterapeuta no nível secundário de atenção à saúde, corroborando com o que afirma Ribeiro *et al.*, (2004):

[...] são notórias as dificuldades entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. No primeiro caso, há o risco da transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes [...]. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção não pode ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento [...] (RIBEIRO *et al.*, 2004, p.441).

As atribuições pertinentes ao nível secundário de atenção à saúde não comportam medidas de prevenção aos agravos, dado que este nível envolve condutas técnicas de reabilitação, utilizadas quando o indivíduo já se encontra acometido. Entender que o fisioterapeuta exerce melhor suas atividades neste nível de atenção não é equivocado, mas implica descartar o vasto campo de atuação que este profissional tem nas áreas ligadas à Saúde Coletiva, a citar o controle das situações de risco que podem desencadear quadros de morbidade e perda da qualidade de vida.

• Nível Terciário:

H₀: proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível terciário de atenção à saúde **igual** à proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do terciário de atenção à saúde

H₁: proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível terciário de atenção à saúde **diferente** da proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do terciário de atenção à saúde

Distrito Sanitário	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
I	25,00	$H_0: p = 0,6667$ $H_1: p \neq 0,6667$	0.2159
II	50,00	$H_0: p = 0,25$ $H_1: p \neq 0,25$	0.5637
III	12,50	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
IV	50,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
V	20,00	$H_0: p = 0,6667$ $H_1: p \neq 0,6667$	0.0819

Tabela 22. Apresentação das hipóteses testadas segundo a escolha do nível terciário como aquele em que o fisioterapeuta melhor desenvolve suas atividades.

Analizando os dados da tabela 22, verifica-se que os Distritos Sanitários III e IV apresentaram associação significativamente estatística para as respostas dos diretores e fisioterapeutas do NASF acerca do nível terciário de atenção ser o mais apropriado para o fisioterapeuta desempenhar suas atividades.

Isto corrobora com Schwingel (2002) que defende ter ocorrido um estímulo ao aprimoramento tecnicista sob a ótica da crescente concorrência do mercado de trabalho da Fisioterapia.

Nesse contexto, Salmória e Camargo (2008), afirmam que:

[...] A chamada saturação do mercado de trabalho em fisioterapia não corresponde à plenitude da atenção à saúde da população. O que se encontra saturado é o campo privado de atuação curativista, orientado pela lógica do lucro, ao qual o acesso é determinado pela capacidade de pagamento, e não pelas necessidades individuais ou coletivas [...] (SALMÓRIA, CAMARGO, 2008, p. 82).

O modo de produção capitalista interfere diretamente na conformação das práticas trabalhistas, priorizando o lucro como eixo norteador das atividades a serem desempenhadas por grupos diferentes de profissionais, em que se incluem, por exemplo, os trabalhadores da área da saúde. No caso da Fisioterapia, alguns fatores podem ser listados como incentivadores da lógica taylorista nos serviços deste núcleo, a citar as especialidades cada vez mais “afuniladas” e a necessidade de se estabelecer de forma segura no mercado de trabalho.

Merhy (2007) defende ser necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, e isto pode ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitam o

envolvimento e a participação em novas formas de funcionamento institucional, na reinvenção como possibilidade cotidiana, comprometendo trabalhadores com a missão e os projetos institucionais.

Nesse contexto, faz-se necessário desviar a Fisioterapia do modelo estritamente flexneriano de formação, evitando que seu produto final vislumbre prioritariamente apenas as oportunidades de lucro a curto prazo, como acontece nos espaços de média e alta complexidade. Além disso, conforme Meyer, Costa e Gico (2006), o excesso tecnológico da assistência e a superespecialização das áreas acabam por direcionar os egressos de fisioterapia para as áreas de reabilitação, fazendo com que as práticas de promoção da saúde não sejam vistas pelos fisioterapeutas como opção para se estabelecer profissionalmente.

É importante frisar, porém, que ainda no século XXI ocorreu o despertar para a necessidade de redimensionamento do modelo de formação em fisioterapia e da construção de outro perfil profissional para esta classe. Iniciou-se, então, mesmo que lentamente, um processo de transformação do ensino da fisioterapia no Brasil.

Com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia, em 2002, pelo Conselho Nacional de Educação, foram definidos princípios, fundamentos e condições para a formação em todas as instituições nacionais de ensino. A partir daí, ficou constituído que o perfil do profissional egresso deve ser embasado numa formação crítica, humanista e reflexiva, com capacidade para atuar em todos os níveis de atenção.

O nível terciário de atenção à saúde não deve ser mais ou menos importante que outros níveis. Aliás, este é um raciocínio plausível para compreender que nenhum nível pode se sobrepor a outro, dado que trabalham com objetos de saúde diferenciados. Entretanto, o que não pode continuar acontecendo é a supervalorização deste nível de atenção em detrimento de ações e iniciativas que podem contribuir positivamente com os serviços de saúde, como as intervenções preventivas próprias do nível primário.

Variável 3. Planejamento prévio das atividades da Fisioterapia

Esta variável destinou-se a verificar o processo de trabalho da Fisioterapia nos espaços da atenção básica em João Pessoa. Além disso, também permitiu analisar como estão sendo observadas as diretrizes do NASF na organização das ações em cada Distrito Sanitário, e como os fisioterapeutas e diretores planejam as atividades previstas para atender às demandas do nível primário de atenção à saúde no município.

A tabela 23 apresenta as proporções das respostas dos diretores e fisioterapeutas do NASF de cada Distrito Sanitário acerca do planejamento prévio das atividades da Fisioterapia na atenção básica.

Planejamento prévio das atividades da Fisioterapia	Diretores (%)	Fisioterapeutas (%)
Sim	38,89	68,00
Não	61,11	32,00
TOTAL	100,00	100,00

Tabela 23. Proporções simples das respostas dos diretores e fisioterapeutas do NASF de cada Distrito Sanitário acerca do planejamento prévio das atividades da Fisioterapia na atenção básica.

Observando a tabela 23, percebe-se que o planejamento das atividades de Fisioterapia nos Distritos Sanitários de João Pessoa apresenta controvérsias em relação ao que referem os diretores e os fisioterapeutas do NASF. Considerando a distribuição das proporções simples acima, constata-se que 68% dos fisioterapeutas afirmaram que suas atividades nos espaços da atenção básica são previamente planejadas, em oposição a 38,89% dos diretores que informaram não realizar planejamento prévio das atribuições da Fisioterapia nos seus respectivos Distritos.

Para verificar se há associação com significância estatística entre o que afirmaram diretores e fisioterapeutas acerca do planejamento prévio das atividades previstas para a Fisioterapia em cada Distrito Sanitário, foram formuladas as seguintes hipóteses de teste:

H₀: proporção de fisioterapeutas que responderam ser previamente planejadas as suas atividades **igual** à proporção populacional de diretores distritais que responderam ser previamente planejadas as atividades da Fisioterapia

H₁: proporção de fisioterapeutas que responderam ser previamente planejadas as suas atividades **diferente** da proporção populacional de diretores distritais que responderam ser previamente planejadas as atividades da Fisioterapia

Distrito Sanitário	População Amostral (%)	Hipóteses	p-valor
I	100,00	$H_0: p = 0,0003$ $H_1: p \neq 0,0003$	< 2.2e-16
II	75,00	$H_0: p = 0,25$	0.0832

		$H_1: p \neq 0,25$	
III	62,50	$H_0: p = 0,25$ $H_1: p \neq 0,25$	0.0412
IV	25,00	$H_0: p = 0,5$ $H_1: p \neq 0,5$	0.6171
V	80,00	$H_0: p = 0,9997$ $H_1: p \neq 0,9997$	< 2.2e-16

Tabela 24. Apresentação das hipóteses de teste segundo o planejamento prévio das atividades desenvolvidas pela Fisioterapia nos Distritos sanitários de João Pessoa

De acordo com os dados observados, os Distritos Sanitários I, III e V apresentam associação significativamente estatística no tocante ao planejamento prévio das atividades realizadas pela fisioterapia em cada território. Isto significa que nestes Distritos a proporção de fisioterapeutas que responderam ser previamente planejadas as suas atividades foi **diferente** da proporção populacional de diretores distritais que responderam o mesmo.

Esta situação aponta para uma falta de articulação estratégica entre os diretores e respectivos fisioterapeutas de cada Distrito, já que o fato das ações de fisioterapia serem realizadas sem o conhecimento prévio do colegiado gestor contribuem para a realização de condutas desarticuladas com o processo de trabalho orientado pela Portaria do NASF, conforme explicitado a seguir:

[...] o processo de implementação do NASF implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento [...] com reuniões para definir objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de caso, entre outros [...] (BRASIL, 2009, p.15).

De acordo com Campos (1999), os serviços de saúde ainda vem sendo governados segundo diferentes variações do taylorismo, que, em linhas gerais, pode ser traduzido como uma tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio.

Já a noção de trabalho em saúde, utilizada por Mendes-Gonçalves (1992), baseia-se na divisão do trabalho para defender que a atenção à saúde, planejada e executada de forma a atingir o que se propõe, compreende uma série diversificada de ações para as quais se torna necessário um elenco diversificado de trabalhadores.

Desta forma, é necessário conseguir o relacionamento consciente e coordenado de um certo número de profissionais para que o conjunto do trabalho executado, o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um só fim e não na justaposição alienada de atividades desconectadas com o projeto político de gestão na atenção básica.

Esses dois processos – modelo de atenção e recursos humanos – são difíceis de discutir separadamente e, ainda que se avalie como imprescindível a discussão em torno da formação para os espaços da atenção básica, tão importante quanto é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a consolidação do SUS (GIL, 2005).

De acordo com Pires (2003), é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho em saúde que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais de saúde.

[...] Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do *lócus* do trabalho com deformidade [...] (PIRES, 2003, p.259).

Atuar de forma integrada e planejada confere legitimidade às atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Os profissionais da atenção básica, em especial, precisam estar preparados para atender às demandas espontâneas daqueles que encontram no serviço público a opção de manter ou recuperar sua qualidade de vida. Sem planejamento prévio fica inviável contornar as adversidades inesperadas, típicas no nível primário de atenção à saúde, comprometendo a integralidade e resolutividade dos serviços.

4.2 Abordagens Qualitativas

Analisou-se o material empírico coletado nas instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia no município de João Pessoa e o processo de trabalho desenvolvido por fisioterapeutas nos espaços da Atenção Básica à saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Utilizou-se como estratégia para a operacionalização desta metodologia a Técnica da Análise de Discurso, proposta por Fiorin (1990), nos textos obtidos através das entrevistas. Para aprofundar a interpretação do material empírico, realizou-se também uma análise de documentos oficiais relacionados ao processo em questão.

No âmbito das instituições de ensino, foram coletados dados relativos ao marco teórico-metodológico de cada curso, bem como informações relacionadas às bases

metodológicas que norteiam o estágio curricular supervisionado nos espaços da atenção básica à saúde.

Nos serviços da Estratégia de Saúde da Família foram coletadas informações sobre as atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) lotados nas unidades de Saúde da Família de cada Distrito Sanitário do município.

A análise do material empírico possibilitou o reconhecimento do processo formativo do fisioterapeuta como incongruente ao processo de trabalho deste profissional na Estratégia de Saúde da Família e apontou para um Distanciamento da intencionalidade do processo formativo das atribuições do fisioterapeuta nos NASFs, tomado como grande categoria empírica do estudo.

4.2.1 Bases metodológicas que norteiam o Estágio Curricular Supervisionado na Atenção Básica à Saúde nos cursos de Fisioterapia em João Pessoa/PB

Para obter informações relativas às bases metodológicas que norteiam o estágio curricular supervisionado na atenção básica à saúde, foram analisados os procedimentos pedagógicos, recursos didáticos e processos de avaliação – *bases metodológicas*, previstos nos planos de ensino de cada estágio curricular, a fim de capturar a realidade da formação em Fisioterapia e relacioná-la com a inserção do profissional desta área nos níveis de atenção básica à saúde.

Como existe diversidade de critérios e diferenças relativas aos principais componentes que explicam as práticas pedagógicas, nesta pesquisa adotou-se a classificação de Mizukami (2009), com algumas adaptações para efeito comparativo, para prosseguir a discussão sobre as diferentes abordagens pedagógicas existentes no processo ensino-aprendizagem dos cursos de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

Instituição Branca

A partir da análise do plano pedagógico do curso de Fisioterapia da instituição Branca, constatou-se que o estágio curricular supervisionado na Atenção Básica à saúde tem como objetivo contribuir para a formação generalista, crítica e reflexiva de seus discentes, apresentando como objeto de estudo a Fisioterapia no campo da Saúde Coletiva.

O plano de ensino do estágio curricular supervisionado na atenção básica utiliza procedimentos pedagógicos que possibilitam a abordagem do ser humano de acordo com o

contexto sócio-político-econômico, cultural e científico, permitindo que o estudante seja sujeito no processo de construção do seu conhecimento.

O ensino é centrado no estudante, enfatizando as relações interpessoais, objetivando o crescimento do indivíduo em seus processos internos de construção e organização pessoal da realidade.

Dentre os procedimentos pedagógicos que constam nos documentos analisados foi possível constatar que os professores do estágio primam pela formação de um fisioterapeuta que exerce sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como forma de participação e contribuição social. Dentre as estratégias utilizadas para viabilizar a formação, foram apontadas a construção e o engajamento em atividades coletivas junto às equipes de Saúde da Família, bem como a realização de oficinas, dinâmicas e vivências de grupos.

Foram apontados como recursos didáticos utilizados durante o estágio curricular na Atenção Básica a própria estrutura física das unidades de Saúde da Família e os equipamentos sociais existentes no território, como associações de moradores, instituições religiosas, unidades educacionais, etc.

Em relação aos procedimentos avaliativos, foi apontada a construção de um portfólio, a realização de um exame escrito, e a utilização de uma avaliação formativa baseada em critérios previamente negociados com os estudantes, a citar pontualidade, assiduidade, relacionamento com os profissionais do serviço, desempenho prático, responsabilidade, uso adequado do material de trabalho e vestimenta.

Considerando o que apontaram os professores acerca dos procedimentos pedagógicos, recursos didáticos e procedimentos de avaliação, é possível afirmar que o estágio curricular supervisionado na atenção básica da instituição Branca apresenta características das abordagens **Tradicional, Humanista e Cognitivista**.

Aspectos da abordagem Tradicional são percebidos através da aplicação do exame escrito como forma de avaliação e das exigências que são feitas para se atingir os escores da avaliação formativa.

Embora os professores desta instituição se utilizem dos recursos da abordagem Tradicional supracitados, a metodologia adotada durante o estágio também engloba recursos que facilitam a aprendizagem e geram condições para que o aluno aprenda por si próprio, aspectos que são características próprias das abordagens Humanista e Cognitivista, respectivamente.

“A prova escrita serve para que o aluno visualize o seu desempenho de forma quantitativa e nos ajuda a perceber como se deu a apreensão do conhecimento.” (PROF02)

Este relato aponta para a necessidade que alguns professores apresentam para quantificar o aprendizado e corrobora com o que cita Luckesi (2005) “em vez de diagnosticar a aprendizagem, o que ainda se pratica como forma de avaliação são os exames, uma vez que as dificuldades apresentadas pelos alunos não são percebidas para subsidiar uma intervenção adequada, mas são classificadas, tendo em vista a aprovação ou reprovação”.

Entretanto, percebe-se que o exame escrito não está representado como único meio de averiguar a aprendizagem, já que os professores desta instituição consideram a situação social em que se inserem os estudantes e observam, através dos recursos didáticos utilizados, como os mesmos desenvolvem suas habilidades e competências durante o estágio.

“(...) o aluno precisa perceber que atuar na Estratégia de Saúde da Família vai além do que acontece na unidade (...) ele tem que entender o contexto social de cada sujeito e colocar em prática o que aprendeu durante a formação.” (PROF02)

Este depoimento reafirma o que cita Mizukami (2009) em relação à abordagem Humanista quando esta autora assevera que o professor que utiliza os recursos desta abordagem não prioriza um método para transmitir os conteúdos, que assumem um papel secundário, mas leva em consideração o relacionamento das pessoas envolvidas no processo ensino-aprendizagem. Além disso, a construção do portfólio também é uma importante ferramenta pedagógica para avaliação da aprendizagem, já que através desse instrumento o estudante imprime a sua percepção acerca do conteúdo abordado.

Quando questionados sobre os principais pontos de distanciamento e aproximação entre a formação do fisioterapeuta e a sua inserção nos espaços da atenção básica à saúde no município de João Pessoa/PB, os estudantes desta instituição apontaram o estágio curricular nas unidades de Saúde da Família como um ponto de aproximação já que, ao longo do curso, são priorizados os conteúdos voltados para a reabilitação do paciente, sendo este um ponto de distanciamento para a atuação do egresso nos níveis primários de atenção à saúde.

“(...) a gente passa o curso inteiro se preparando para tratar pessoas que já estão com alguma disfunção (...), mas aqui no PSF a gente percebe o valor das práticas preventivas.” (EST01)

“(...) foi quando eu entendi que a atuação da Fisioterapia na Saúde da Família é bem mais importante do que aquilo que muita gente pensa (...) o fisioterapeuta também pode prevenir doenças e não ficar só na reabilitação.” (EST02)

Esses relatos apontam para a importância da construção do conhecimento em ato, e corroboram com Bordenave e Pereira (2008) quando afirmam que aprender é uma atividade que acontece no aluno e que é realizada pelo aluno. Esta condição é de suma importância para a nova conformação do ensino-aprendizagem na área da saúde, particularmente na Fisioterapia, pois o estudante comprehende o processo saúde-doença a partir da sua aproximação com a realidade social dos indivíduos que buscam restabelecer não apenas a saúde do corpo, mas também principalmente a sua condição de ser e estar no mundo.

Nesse contexto, as abordagens metodológicas utilizadas no estágio curricular da Atenção Básica na instituição Branca possibilitam que o estudante tenha responsabilidade pelo controle de sua aprendizagem, sendo capaz de criticar, aperfeiçoar e até mesmo substituir os parâmetros de formação a que está sujeito.

Instituição Vermelha

O projeto pedagógico desta instituição propõe a formação de profissionais fisioterapeutas competentes, criativos, com capacidade para se comunicar e atuar com eficiência, responsabilidade e ética, conscientes da importância do meio ambiente para sua própria sobrevivência, requerendo que se tenha em mente habilidades para resolver problemas, comunicar-se corretamente, ter competência para tomar decisões e trabalhar em equipe como condições essenciais exigidas dos profissionais graduados, visando sua adaptação aos novos paradigmas da sociedade contemporânea.

Os procedimentos pedagógicos previstos para o estágio curricular na atenção básica à saúde desta instituição caracterizam-se pela realização sistemática de estudos dirigidos, discussões de casos clínicos (avaliação e programação terapêutica), atividades de educação em saúde, elaboração de artigos científicos, resumos e material informativo (folder, cartilhas, cartazes e banner), objetivando o aprimoramento técnico e científico dos discentes.

Os recursos didáticos no estágio curricular na atenção básica desta instituição envolvem, além daqueles disponibilizados através do campo de prática, aulas expositivas realizadas na própria instituição, com repasse dos conteúdos relacionados à atuação do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família.

Em relação aos processos de avaliação, são considerados os registros em formulários específicos, onde constam os seguintes atributos: relacionamento interpessoal (sociabilidade, adaptabilidade, ética); responsabilidade (assiduidade e pontualidade); iniciativa e criatividade; e desenvolvimento de habilidades básicas e específicas (avaliação e planejamento terapêutico,

prática terapêutica, aplicabilidade, evolução terapêutica). Além disso, também consta uma avaliação teórica (prova escrita) e a entrega de relatório ao final do estágio.

Levando em consideração o que propõe Mizukami (2009), a estrutura curricular do referido estágio possui características das abordagens **Tradicional** e **Comportamentalista**, já que ambas apresentam ênfase no objeto e no conhecimento.

Os aspectos da abordagem Tradicional presentes no plano de ensino do estágio curricular da instituição Vermelha se referem à realização da prova escrita e à exigência da entrega de um relatório ao final do estágio, sendo estes parâmetros de avaliação considerados rígidos por exigirem a assimilação e reprodução do conhecimento adquirido.

Já em relação aos aspectos da abordagem comportamentalista, evidencia-se o uso de estratégias que permitem altos níveis de desempenho, objetivando o aperfeiçoamento técnico e científico dos estudantes. Além disso, verifica-se, através dos critérios avaliativos do estágio, que grande ênfase é dada à programação. O professor, conforme assevera Santos (2005), é o educador que seleciona, organiza e aplica um conjunto de meios que garantem a eficiência e eficácia do ensino. O aluno é o elemento para quem o material é preparado, sendo considerado eficiente e produtivo quando lida “cientificamente” com os problemas da realidade.

Instituição Verde

De acordo com o que consta no plano pedagógico do curso de Fisioterapia desta instituição, a organização curricular ancora-se em matrizes teórico-filosóficas correspondentes a uma perspectiva crítica da Fisioterapia, capaz de romper a dicotomia teoria/prática, sendo adotados procedimentos pedagógicos orientados para o processo de aprendizagem centrado no profissional em formação. Existe a preocupação em formar um profissional crítico e reflexivo, capaz de criar ou redescobrir caminhos em resposta às demandas colocadas pela sociedade em seu campo de atuação.

O estágio curricular supervisionado constitui-se de um conjunto de atividades que visa à complementação do ensino e da aprendizagem e é planejado, supervisionado e avaliado por seus professores, a fim de se constituir como um instrumento de integração dos estudantes à atividade profissional, mediante treinamento, prática e aperfeiçoamento técnico, científico e cultural.

Além disso, compreendendo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, o estágio curricular na atenção básica é embasado na realidade epidemiológica e no compromisso com os elementos do contexto sócio-político, proporcionando o

desenvolvimento de ações que almejam ressignificar as práticas de um cuidado integral e contextualizado com a realidade em que se insere o fisioterapeuta após sua formação.

Os recursos didáticos do estágio curricular na atenção básica envolvem aulas expositivas, no âmbito da própria instituição; atividades práticas no campo de estágio, sob supervisão do professor-tutor; e realização de seminários, sendo os temas propostos pelos próprios estudantes.

A avaliação do processo de ensino-aprendizagem é realizada de forma contínua, cumulativa e sistemática, tendo como objetivos diagnosticar as condições de construção de conhecimentos, hábitos, habilidades, competências, atitudes e valores que os estudantes apresentam em relação à programação curricular prevista. O aproveitamento é avaliado por meio de relatórios, provas orais e escritas, argüições, exercícios, seminários, atividades práticas e de observação. É exercida pelo professor ao longo do período letivo, nos momentos e situações que este julgar mais conveniente, mediante prévio planejamento, utilizando-se dos instrumentos, critérios e condições, previstos no plano de ensino do estágio, em consonância com o projeto pedagógico do curso.

De acordo com os recursos pedagógicos, didáticos e avaliativos dispostos, verifica-se que o estágio curricular supervisionado na atenção básica da instituição Verde apresenta características das abordagens **Tradicional, Cognitivista e Sociocultural**.

Os aspectos relacionados à abordagem Tradicional são constatados através do rigor com que se dispõem os procedimentos avaliativos, que envolvem relatórios, provas orais e escritas, argüições, exercícios, seminários, atividades práticas e de observação. Além disso, observa-se que os objetivos educacionais obedecem à seqüência lógica dos conteúdos e os estudantes devem apresentar domínio total dos conteúdos transmitidos durante o estágio.

Os componentes da abordagem Cognitivista são perceptíveis através das posturas que os professores adotam durante o estágio, criando situações desafiadoras e desequilibradoras, que incitam no estudante o senso crítico para reagir de forma essencialmente ativa, seguindo sua motivação intrínseca. Além disso, o processo ensino-aprendizagem considera a realidade social em que o estudante está inserido, facilitando o aprender a pensar. Sendo assim, o pensamento é a base da aprendizagem e o ensino visa ao desenvolvimento da inteligência por meio da interação sujeito-objeto.

“(...) durante o curso eu pude vivenciar diferentes situações do processo saúde-doença (...) Eu consegui perceber o valor da prevenção acima da reabilitação.”
 (EST17)

“A visão que eu tinha no começo, no primeiro dia de aula no PSF, é completamente diferente da que eu tenho hoje (...) mas mesmo assim ainda nos formamos para reabilitar.” (EST22)

Analizando os relatos, é possível perceber que o conhecimento foi construído pela troca que o estudante conseguiu estabelecer entre o que trazia consigo e o que estava posto na realidade social do campo de estágio na atenção básica. Isso corrobora com Silva e Da Ros (2007), quando sugerem que a universidade tem poder estruturador, forjador de estilos de pensamentos, sendo a responsável pelo perfil do profissional que forma. Isto está intimamente associado às abordagens metodológicas utilizadas durante a formação, e principalmente durante as atividades nos campos de prática profissional.

Partindo desse pressuposto, a instituição Verde apresenta aspectos da abordagem sociocultural porque os objetivos educacionais previstos no plano de ensino do estágio curricular na atenção básica estão organizados de acordo com as necessidades concretas do contexto histórico-social no qual se encontram inseridos os sujeitos do processo ensino-aprendizagem. Além disso, foi possível constatar que os temas geradores foram extraídos da relação horizontal estabelecida entre professor e estudante, onde ambos se posicionam como sujeitos do ato de conhecimento, conforme verificado no relato a seguir:

“Seria impossível convencer o estudante daquilo que eu não acredito (...) eu vou lá e mostro que dá certo, que o fisioterapeuta é preparado para atuar na atenção básica.” (PROF09)

Instituição Azul

O projeto político pedagógico da instituição Azul considera importante a formação pela sua relevância na construção da visão de mundo e da postura política do indivíduo, preparando-o com autonomia e liberdade por meio de um processo educacional que garanta a conciliação da postura ética com a prática profissional para o exercício da cidadania.

Apresenta estágio curricular da atenção básica orientado por uma visão interdisciplinar, sendo a sua organização didático-pedagógica estruturada a partir da compreensão da realidade social em que se desenvolve, reconhecendo, assim, que todo o conhecimento é igualmente importante.

Os procedimentos pedagógicos dispostos no estágio curricular nos espaços da atenção

básica buscam desenvolver o espírito reflexivo, crítico e analítico dos estudantes, preparando-os para a resolução dos principais entraves dispostos na Estratégia de Saúde da Família. Os recursos didáticos previstos no plano de ensino englobam atividades práticas desenvolvidas junto às unidades de Saúde da Família, aulas expositivas na instituição e realização de seminários sobre temas relacionados à inserção do fisioterapeuta na atenção básica.

Para atestar a aprendizagem dos estudantes durante o estágio, os recursos avaliativos utilizados compreendem relatórios, provas escritas e avaliação formativa quanto ao desenvolvimento de habilidades básicas e específicas.

As bases metodológicas acima descritas apresentam uma estrutura curricular orientada segundo as abordagens **Tradicional** e **Cognitivista**. A utilização da abordagem tradicional justifica-se pela utilização de ferramentas que buscam quantificar a aprendizagem, como as provas escritas e a constatação do desenvolvimento de habilidades básicas e/ou específicas como pré-requisito de validação do estágio. Já a presença da abordagem cognitivista se verifica pelo ensino ser baseado na investigação, no processamento de informações, no estilo de pensamento e de comportamento.

Considerando as bases metodológicas utilizadas nos estágios curriculares supervisionados na atenção básica das instituições de ensino que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB, constata-se que todas as instituições apresentam em seus procedimentos pedagógicos a abordagem Tradicional. A segunda abordagem mais freqüente é a Cognitivista, sendo a Comportamentalista, a Humanista e a Sociocultural igualmente utilizadas nos planos de ensino pesquisados.

Este dado revela que a formação em Fisioterapia nos espaços da atenção básica em João Pessoa prossegue com metodologias de ensino que inviabilizam, de certa forma, a construção crítica e reflexiva dos conhecimentos, fazendo com que os estudantes desta área não tenham suporte adequado para interferir no processo ensino-aprendizagem a que estão sujeitos. Isto, consequentemente, pode ser apontado como um dos principais fatores para que a grande maioria dos estudantes não se sintam preparados para atuar na atenção básica.

Quadro 8. Bases metodológicas utilizadas nos estágios curriculares supervisionados na atenção básica dos curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB.

Abordagem Metodológica	Instituição de Ensino Superior			
	Branca	Vermelha	Verde	Azul
Tradicional	X	X	X	X
Comportamentalista		X		

Humanista	X			
Cognitivista	X		X	X
Sociocultural			X	

4.2.2 A Fisioterapia na Atenção Básica à saúde em João Pessoa: NASF e apoio matricial

O contexto histórico da Fisioterapia na Saúde da Família no município de João Pessoa caracteriza-se por arranjos organizacionais nos espaços da atenção básica para melhor utilizar a força de trabalho deste núcleo específico diante das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2005, por iniciativa da gestão municipal, as unidades de Saúde da Família de João Pessoa passaram a contar com um grupo específico de profissionais de saúde para articular e melhorar o vínculo entre os serviços da atenção básica e as necessidades de saúde das pessoas nas comunidades. Esses profissionais ajudaram a compor o então chamado *apoio técnico* e originavam-se de diferentes profissões: fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e educadores físicos.

Os apoiadores técnicos desempenhavam atividades de caráter gerencial e administrativo nas unidades a que estavam vinculados. Além disso, cada apoiador técnico também desenvolvia atividades relacionadas aos seus núcleos específicos, através de ações multiprofissionais planejadas junto às equipes de Saúde da Família.

Visando ao fortalecimento e à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica, em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 154/2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de promoção à saúde no SUS.

Assim, por intermédio do NASF, outros profissionais de nível superior, além dos médicos, enfermeiros e odontólogos, puderam ingressar oficialmente na Estratégia de Saúde da Família, aumentando o leque de especialidades nas linhas de cuidado dos serviços de saúde na atenção básica.

Em julho de 2008, o município de João Pessoa, que já contava com o apoio técnico, firmou a recém lançada portaria GM/MS nº 154/2008 nos serviços de saúde, utilizando para isso a ferramenta metodológica *apoio matricial*. Esta iniciativa buscou regular o fluxo dos serviços e aprimorar a assistência aos usuários da Estratégia de Saúde da Família.

As atividades desenvolvidas pelo pioneiro apoio técnico ganhou o incentivo dos profissionais do apoio matricial, que se tornou uma alternativa para romper com a “desresponsabilização” e alienação dos profissionais em relação ao cuidado oferecido aos usuários dos serviços da atenção básica.

A portaria que regulamenta o NASF, além do apoio matricial, engloba também a *clínica ampliada* e o *projeto terapêutico singular*. Essas duas ferramentas tecnológicas são imprescindíveis para a implantação e consolidação dos princípios e diretrizes do NASF nos diferentes territórios.

A clínica ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários.

O projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

No município de João Pessoa, a cobertura dos NASFs abrange 100% das unidades de Saúde da Família. Cada unidade possui, no mínimo, o suporte de um apoiador matricial. As unidades que funcionam em regime integrado, isto é, com mais de uma equipe de Saúde da Família em um estabelecimento, via de regra, possuem três apoiadores matriciais, pois as demandas da comunidade e o arranjo de profissionais na unidade exigem mais atenção e empenho no cotidiano do serviço.

A partir da análise dos relatos dos fisioterapeutas do NASF coletados nos serviços da atenção básica em João Pessoa, foi possível constatar que a função deste profissional – fisioterapeuta apoiador matricial, apresenta atribuições variadas e caracterizam um complexo campo de atuação.

“(...) a função do apoiador no NASF é muito versátil. A gente faz de tudo um pouco e um dia nunca é igual ao outro no serviço.” (FISIO01)

“(...) a gente já avisa que nosso cargo é de apoiador porque muitos profissionais e, principalmente, usuários acham que nós somos diretores e não reconhecem ao certo as nossas atribuições no NASF.” (FISIO04)

“(...) quando fisioterapeuta chega na Estratégia de Saúde da Família, na maioria das vezes, ele é visto como o profissional que vai cuidar dos idosos acamados e dos traumatizados (...)” (FISIO06)

Diante dos relatos acima é possível verificar que ainda há certa indefinição em relação às atividades dos fisioterapeutas nos espaços da atenção básica, seja por parte dos usuários ou profissionais. Dentre os motivos que acarretam esta situação, a dificuldade de acesso à assistência fisioterapêutica na atenção especializada coloca-se como principal entrave a ser superado pela Fisioterapia no atual cenário da Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa.

Outro ponto que merece destaque é que, de acordo com as diretrizes do NASF, a organização dos processos de trabalho para a Saúde da Família tem como foco o território sob sua responsabilidade e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar. Entretanto, o que se verifica são processos de trabalho sem o devido planejamento prévio, voltados para atender às demandas espontâneas, sem fazer uso adequado das ferramentas metodológicas do NASF. A clínica ampliada e o projeto terapêutico singular ficam prejudicados devido à sobrecarga de atribuições direcionadas para o apoio matricial, que funciona como uma estratégia política da gestão.

“A nossa inserção no NASF ainda está em construção (...) é preciso entender o papel do apoiador matricial, para depois poder fazer as devidas cobranças.”
(FISIO05)

“(...) estamos aqui pra isso, pra dar conta da fisioterapia, só que a gente não consegue equilibrar as questões administrativas com as demandas do território (...) da necessidade de fazer fisioterapia que muita gente tem.” (FISIO03)

“Encontrar pontos de aproximação entre a formação e a inserção do fisioterapeuta na atenção básica é difícil porque, na minha opinião, a formação deles é voltada para o nível terciário.” (DIR01)

“(...) a Fisioterapia, na forma como sua formação é posta na universidade, não prepara o profissional para trabalhar na atenção básica (...) Mas eu acredito que este quadro esteja começando a mudar.” (DIR04)

Importa destacar nestes relatos a urgência em reordenar o posicionamento do objeto de trabalho da Fisioterapia nos espaços da atenção básica, principalmente após o advento das diretrizes do NASF. Ficou evidente que, tanto os fisioterapeutas quanto os seus gestores, apontam fragilidades na atuação deste profissional no nível primário de atenção à saúde. Isto aponta para a necessidade de ressignificar as práticas da Fisioterapia neste nível de atenção, a fim de aproximar o fisioterapeuta das necessidades individuais e coletivas dos usuários da Estratégia de Saúde da Família.

“Eu não acho que o fisioterapeuta venha da universidade com o devido entendimento de suas atribuições na Estratégia de Saúde da Família, não! Lá é uma coisa, aqui é outra (...)” (DIR02)

“(...) a gente não encontra tempo suficiente para realizar a clínica ampliada ou executar um projeto terapêutico para os usuários (...) temos o desejo de atuar como fisioterapeuta, mas não conseguimos vencer todas as demandas do território.” (FISIO02)

“(...) só percebi que minha formação não era ideal para o PSF quando tive que fazer um monte de coisa que não tinha visto na faculdade (...)” (FISIO07)

Estes relatos apontam para os desafios que estão permanentemente colocados para o apoiador matricial na Estratégia de Saúde da Família, como a ampliação progressiva da cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento da resolutividade de suas ações quanto a sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

Vale salientar, entretanto, que por fazerem parte de uma forma recente de organizar o processo de trabalho na Saúde da Família, os apoiadores matriciais, dentre estes os fisioterapeutas, vivenciam cotidianamente enfrentamentos nos serviços a que estão vinculados.

“Na nossa formação nós somos orientados a reabilitar, a recuperar a funcionalidade de quem está acometido em maior ou menor grau (...) Isso acaba distanciando a gente dos pressupostos do SUS.” (FISIO05)

“(...) A formação em saúde, de uma forma geral, não prepara o profissional para atuar no SUS porque os conhecimentos são repassados de forma fragmentada na universidade e isso não atende às exigências da atenção básica.” (DIR03)

Os relatos acima apontam para a necessidade da Fisioterapia redimensionar seu processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, aproximando-se do campo da promoção da saúde, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Ademais, a inserção do fisioterapeuta na atenção básica deve pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da saúde, e colocar isto em prática requer planejamento, organização e mudanças de práticas.

Diante deste quadro, é possível perceber que o excesso de atribuições administrativas e as exigências da gestão configuram um quadro de fragilidade para o cuidado que o fisioterapeuta deve oferecer às comunidades adstritas ao território de cada unidade de Saúde da Família. Isso porque, ao invés de conseguir conciliar sua atividade de gestão com as demandas da clínica ampliada nos territórios, o fisioterapeuta que atua como apoiador matricial é diariamente convocado a mediar os conflitos que se sobrepõem às condutas de seu núcleo específico.

“Nós estamos na atenção básica porque gostamos de atuar nessa área e acreditamos no SUS (...) a gente sabe que muita coisa ainda vai mudar nas nossas atribuições de apoiador.” (FISIO07)

“(...) eu não acho que nossa formação nos distancia da Atenção Básica, não! (...) quem se distancia são os profissionais que se acomodam. Depois do NASF (...) o PSF tá aí pra quem quiser trabalhar.” (DIR09)

Estes relatos apontam para a necessidade de se realizar uma reavaliação do modo como se organizam as atribuições do fisioterapeuta do NASF no município de João Pessoa. Considerar as demandas do território por assistência fisioterapêutica e o modo como cada fisioterapeuta se percebe no serviço são circunstâncias que apontam para possíveis tomadas de decisão que influenciam diretamente na reorganização desta categoria profissional âmbitos da Estratégia de Saúde da Família.

O NASF é, portanto, uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Estratégia de Saúde da Família; estratégia que deve estar comprometida, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais, incluindo ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de profissionais para atuar na área da saúde tem sido um importante objeto de estudo na literatura científica devido aos diferentes modelos de formação das estruturas curriculares nas instituições de ensino superior no país. Além disso, a constituição

da força de trabalho nesta área tem sido reconhecida como um dos elementos críticos no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde vigentes no Brasil.

Buscando compreender como está sendo estruturada a formação dos profissionais de Fisioterapia nas instituições de ensino que oferecem este curso em João Pessoa/PB e como se dá a inserção do fisioterapeuta junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) na atenção básica deste município, esta pesquisa apontou importantes distanciamentos entre o processo de formação e a utilização da força de trabalho deste segmento da saúde nos processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Em relação ao processo ensino-aprendizagem nas instituições de ensino, foram verificadas divergências no tocante à discussão da portaria GM/MS nº 154/2008, que dispõe sobre os NASFs, durante o estágio curricular supervisionado na atenção básica.

Nas instituições Branca, Vermelha e Verde foi encontrada uma diferença significativamente estatística entre a proporção de professores que disseram comentar sobre a portaria e a proporção de estudantes que responderam ter sido discutida a portaria durante o estágio supervisionado nos serviços da atenção básica. Isto aponta para um distanciamento no processo de construção do conhecimento, uma vez que deve haver correspondência entre o ensino e a aprendizagem. Entretanto, na instituição Azul a proporção de estudantes que responderam conhecer a portaria NASF é aproximadamente igual à proporção de professores que afirmaram comentar sobre esta temática durante o estágio curricular nos espaços da atenção básica.

Esta divergência sugere a necessidade de ser reavaliada a estrutura curricular das instituições de ensino Branca, Vermelha e Verde para que ocorra uma melhor utilização e aproveitamento das ferramentas pedagógicas disponíveis a fim de viabilizar o repasse contextualizado dos conhecimentos vinculados às diretrizes do NASF durante o estágio curricular supervisionado na atenção básica.

Em relação à inserção do fisioterapeuta após a sua formação, os estudantes das instituições Branca e Verde entendem que o nível primário de atenção à saúde é um campo favorável para que o fisioterapeuta desenvolva suas atividades enquanto profissional. Nestas instituições, principalmente na Verde, a formação demonstra atender às demandas da Estratégia de Saúde da Família, tendo seus estudantes a oportunidade de vivenciar um estágio curricular na atenção básica que os permitem intervir na realidade como agente transformador, sendo isso um dos pré-requisitos para que este profissional exerça corretamente suas atribuições, de acordo com os princípios doutrinários do sistema de saúde vigente no país.

Buscando descobrir para qual nível de atenção o curso de Fisioterapia melhor prepara seu estudante, tivemos os seguintes resultados. Nas instituições Branca, Vermelha e Verde, enquanto os professores consideram preparar melhor seus estudantes para o nível primário, estes, por sua vez, apontam que os conhecimentos adquiridos ao longo do curso não são condizentes com as exigências da atenção básica.

Este é um quadro que sinaliza a urgência em se realizar uma avaliação da maneira como está se desenvolvendo a graduação nestas instituições, uma vez que a formação em Fisioterapia não pode seguir impulsivamente modelos de formação engessados, que incentivem a fragmentação do ensino em conteúdos cada vez mais específicos e isolados.

As abordagens metodológicas utilizadas pelos professores durante o estágio na atenção básica devem primar pela utilização de abordagens pedagógicas inseridas na realidade socioeconômica dos usuários dos serviços de saúde, uma vez que estes espaços representam o campo de prática em que o estudante de fisioterapia, durante a sua formação, compreenderá o real valor de suas atribuições na atenção primária à saúde.

A instituição Azul apresentou uma maior proporção de estudantes apontando o nível primário como aquele que o curso melhor prepara o fisioterapeuta para atuar profissionalmente. Entretanto, essa associação não obteve significância estatística.

Por fim, para analisar o que os professores e estudantes consideram sobre a carga horária do estágio curricular na atenção básica, foi questionado se a duração do estágio é suficiente ou insuficiente.

Para as instituições Branca, Verde e Azul a variável em questão apresentou divergências com significância estatística entre as respostas dos professores e estudantes, sinalizando ser maior a proporção de estudantes que consideram suficiente a carga horária do estágio na atenção básica. A instituição Vermelha também apresentou uma proporção de estudantes maior em relação a este critério, porém sem evidência estatística.

A análise dos dados coletados nas instituições de ensino superior possibilitou concluir que a preparação que o fisioterapeuta recebe ao longo da formação é um dos principais fatores para que a grande maioria dos estudantes não se sinta preparada para atuar na atenção básica à saúde.

Nos espaços da atenção básica à saúde foi possível constatar que as práticas dos fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) em João Pessoa estão, sob alguns aspectos, em desacordo com o previsto para as atribuições deste núcleo nas diretrizes dispostas na portaria GM/MS nº 154/2008, que dispõe sobre a atuação do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família.

Em relação à graduação em Fisioterapia, a análise dos dados deixou verificar que os diretores dos Distritos Sanitários não consideram a formação que o fisioterapeuta recebe adequada às exigências da atenção básica à saúde. Além disso, também foi verificada uma baixa proporção de fisioterapeutas que julgaram ter recebido informações suficientes durante a graduação para desempenharem suas atividades no nível primário de atenção à saúde.

Nos Distritos Sanitários I, II e V a proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível primário de atenção à saúde é significativamente maior que a proporção populacional de diretores distritais que escolheram o nível primário como resposta. Esta situação revela que o profissional de Fisioterapia destes Distritos reconhece espaços na atenção básica para realizar condutas de promoção à saúde, propiciando uma melhor qualidade de vida para aqueles que, além da reabilitação física, almejam também a sua reinserção no convívio social. Os Distritos III e IV apresentaram um entrosamento na forma com que estes sujeitos interpretam as atribuições do fisioterapeuta na atenção básica, porém sem evidências estatísticas.

Embora o nível secundário tenha sido o que apresentou maior proporção nas respostas dos fisioterapeutas e diretores dos Distritos Sanitários, não foi verificada nenhuma associação com significância estatística entre as respostas registradas para este nível de atenção. Isto significa que a proporção de fisioterapeutas que responderam desenvolver melhor as atividades do nível secundário de atenção à saúde é igual à proporção populacional de diretores distritais que responderam que o fisioterapeuta melhor desenvolve as atividades do secundário de atenção à saúde.

As atribuições pertinentes ao nível secundário de atenção à saúde não comportam medidas de prevenção aos agravos, dado que este nível envolve condutas técnicas de reabilitação, utilizadas quando o indivíduo já se encontra acometido. Entender que o fisioterapeuta exerce melhor suas atividades neste nível de atenção não é equivocado, mas implica descartar o vasto campo de atuação que este profissional tem nas áreas ligadas à Saúde Coletiva, a citar o controle das situações de risco que podem desencadear quadros de morbidade e perda da qualidade de vida.

Os dados também revelaram que, nos Distritos Sanitários III e IV, foi registrada a preferência acerca do nível terciário de atenção como o mais apropriado para o fisioterapeuta desempenhar suas atividades. O nível terciário de atenção à saúde não deve ser mais ou menos importante que os outros níveis. Aliás, este é um raciocínio plausível para compreender que nenhum nível pode se sobrepor a outro, dado que trabalham com objetos de saúde diferenciados. Entretanto, o que não pode continuar acontecendo é a supervalorização deste nível de atenção em detrimento de ações e iniciativas que podem contribuir

positivamente com os serviços de saúde, a citar as intervenções preventivas próprias das linhas de cuidado características do nível primário de atenção à saúde.

Neste contexto, outro dado com significância estatística revelou que os Distritos Sanitários I, III e V apresentam associação significativamente estatística no tocante ao planejamento prévio das atividades realizadas pela fisioterapia em cada território. Isto significa que nestes distritos a proporção de fisioterapeutas que responderam ser previamente planejadas as suas atividades na Estratégia de Saúde da Família foi diferente da proporção populacional de diretores distritais que responderam o mesmo.

Nos Distritos Sanitários I e III, a proporção de fisioterapeutas que responderam programar suas atividades antes que as mesmas sejam executadas foi consideravelmente maior que a proporção populacional de diretores que afirmaram o mesmo. Esta situação aponta para a existência de pouca articulação estratégica entre os diretores e respectivos fisioterapeutas dos Distritos Sanitários supracitados, já que o fato das ações da Fisioterapia serem realizadas sem o conhecimento prévio do colegiado gestor contribuem para a realização de condutas desarticuladas com o processo de trabalho orientado pela portaria do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No Distrito Sanitário V, foi registrado o inverso, pois a proporção de fisioterapeutas que afirmaram planejar previamente suas atividades nos espaços da atenção básica foi menor que a proporção populacional de diretores que disseram o mesmo. Este quadro também aponta para a existência de pouca articulação estratégica no processo de trabalho entre os diretores e respectivos fisioterapeutas do Distrito Sanitário em questão.

Os dados quantitativos obtidos através das instituições de ensino e dos Distritos Sanitários possibilitou constatar que a herança do caráter reabilitador da Fisioterapia conduz sua força de trabalho para áreas cada vez mais especializadas. Desta forma, esta pesquisa permitiu concluir que é preciso impulsionar uma reorientação pedagógica nas estruturas curriculares dos cursos de Fisioterapia em João Pessoa para que se dissolva o distanciamento entre o processo formativo do fisioterapeuta e o processo de trabalho deste profissional na atenção básica à saúde.

A análise do material empírico possibilitou o reconhecimento do processo formativo do fisioterapeuta como incongruente ao processo de trabalho deste profissional na Estratégia de Saúde da Família e apontou para um distanciamento da intencionalidade do processo formativo das atribuições previstas para o fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), tomado como grande categoria empírica deste estudo.

Considerando os relatos dos estudantes e professores, foi possível verificar que todos os estágios curriculares supervisionados do curso de Fisioterapia realizados na Estratégia de

Saúde da Família apresentam elementos pedagógicos da Abordagem Tradicional proposta por Mizukami. As características das demais abordagens propostas por esta autora também foram verificadas nas instituições de ensino, a citar as abordagens Comportamentalista, Humanista, Cognitivista e Sociocultural, porém em proporção bem inferior.

As ferramentas pedagógicas da abordagem Tradicional estiveram presentes em todos os planos de ensino dos estágios na atenção básica, e apontaram para o fato de que nesta abordagem a aprendizagem consiste em aquisição de informações e os objetivos educacionais obedecem à seqüência lógica dos conteúdos. É possível concluir que o ensino, neste aspecto, não se preocupa com a formação do pensamento reflexivo, dificultando o entendimento que os futuros profissionais de Fisioterapia devem possuir acerca de suas atribuições nos NASFs.

Portanto, esta pesquisa permitiu concluir que o processo formativo em Fisioterapia pouco prepara o fisioterapeuta para atuar de forma compatível com as exigências da atenção básica. Além disso, possibilitou compreender que o processo de trabalho do fisioterapeuta nos NASFs de cada Distrito Sanitário acontece em desacordo com o previsto pelas diretrizes da portaria GM/MS nº 154/2008, indicando a necessidade de se realizar ajustes e redirecionamentos nos processos de formação e utilização da força de trabalho em Fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANGO, H.G. **Bioestatística:** teórica e computacional. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARANTES, C.I.S. **Saúde Coletiva:** os (des)caminhos da construção do ensino de enfermagem. 1999. (Tese), São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

BAPTISTA, M.N.; CAMPOS, D.C. Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

BARBOSA, *et al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/15.pdf>> Acesso em: 12/09/10.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, suppl, p.1779-1790, 2007.

BEZERRA, I.M.P. Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para a promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho. 2011. (Dissertação) – João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2011.

BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, jul-set, 2009.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BORUCHOVITCH, E. A motivação do aluno. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Versão preliminar - publicação em fase de normalização na editora do MS. Série A - Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27, Brasília – DF, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>> Acesso em: 7/10/2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 04 de março de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>> Acesso em: 7/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde, trabalho e democracia: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>> Acesso em 14/10/10.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. In: Almeida, Márcio. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida. p.30-36. 2003.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.14, v.4, p.863-870, out-dez, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, n.12, v.2, p.301-306, 2007.

CARTA DE VITÓRIA. Resoluções do 1º Congresso Brasileiro do Ensino em Fisioterapia, 2004. Vitória. Disponível em: <http://site.abenfisio.com.br/arquivos/CARTA_DE_VITOTIA.doc> Acesso em: 02/10/10.

CAVALCANTI NETO, A.L.G.; AQUINO, J.L.F. A avaliação da aprendizagem como um ato amoroso: o que o professor pratica? Educação em Revista, n. 25, v.2, p.223-240, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-4698&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11/08/10.

CUNHA, M.I. O bom professor e sua prática. Campinas: Editora Papirus, 1993.

EGRY, EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

SCOREL, S. Saúde uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Abrasco, 1995.

FIORIN JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: Contexto/Edusp, 1990.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

GALLO, D.L.L. A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e a formação universitária. 2005. (Dissertação) – Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2005.

GERSCHMAN, S. A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GERSCHMAN, S; ELDER, F.C. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

GIL, A.C. Didática do ensino superior. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.21, v.2, p.490-498, mar-abr, 2005.

GOMES, A.M.A. *et al.* Os saberes e o fazer pedagógico: uma integração entre teoria e prática. Educar, Rio de Janeiro, v. 28, p.231-246, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a15n28.pdf>> Acesso em: 10/08/10.

LIBÂNEO, J.C. Democratização da escola pública - a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 19. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 1989.

LOURENÇO, A.A; PAIVA, M.O.A. A motivação escolar e o processo de aprendizagem. Ciências & Cognição, v.15, n.2, p.132-141, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciascognicao.org/revista/index.php/cec/issue/view/15>> Acesso em: 10/08/10.

- LUCKESI, C.C. Avaliação da aprendizagem na escola: reelaborando conceitos e criando a prática. 2.ed. Salvador: Malabares comunicações e eventos, 2005.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas S.S., 2008.
- MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo: Cadernos CEFOR 1, 1992.
- MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. ET al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MERHY, E.E. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- MEYER, P.; COSTA, I.C.C.; GICO, V.V. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.877-890, 2006.
- MIZUKAMI, M.G.N. Ensino: as abordagens do processo. 20. ed. São Paulo: E.P.U. Editora Pedagógica Universitária Ltda., 2009.
- MORIN, E.A. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 8.ed. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2003.
- OLIVEIRA, A.K.S. Estratégias e táticas alternativas na modelagem dos serviços de saúde: buscando novos saberes para os processos de produção da saúde. 2011. (Dissertação) – João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2011.
- PAGANO, M.; GAUVREAU, K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Cengage Learning, 2004.
- PAIM, J. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAULUS JÚNIOR, A; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Espaço e Saúde. n.8, v.1, p.13–19, 2006.
- PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-1534, 2003.
- PEREIRA, L.A.; ALMEIDA, M. Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, p.171-184, 2006.
- PERRENOUD, P. Construir as competências desde a escola. Tradução de Bruno Charles Megne. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G.C. Docência no Ensino Superior. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Rev. Bras. Enfermagem, v.53, p.251-63, 2003.

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

RIBEIRO, E.M; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

RIBEIRO, C.T.M. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Rev. Panam. Salud. Publica, n.28, v.1, p.43-48, 2010.

ROSA, W.A.G.; LABATE, RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem, n.13, v.6, p.1027-1034, 2005.

ROZENDO, CA; *et al.* Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área da saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto, n. 7, v.2, p.15-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso&rep=> Acesso em: 27/10/10.

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

SANTOS, R.V. Abordagens do processo de ensino e aprendizagem. Revista Integração Ensino-Pesquisa-Extensão, n. 40, p.19-31, 2005. Disponível em: <ftp://www.usjt.br/pub/revint/19_40.pdf> Acesso: 10/07/2010.

SCHMIDT, L.A.T. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. (Dissertação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SCHMIDT LAT *et al.* A incorporação dos conceitos de saúde e promoção da saúde na formação acadêmica. Anais do V Congresso Nacional da Rede Unida; maio 2003; Londrina, Paraná.

SCHRAIBER, L.B.; *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciências & Saúde Coletiva, n. 4, p.221-242, 1999.

SCHWINGEL, G. A fisioterapia na saúde pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F. B. M. (Org.) O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, p. 228-229, 232, 2002.

SILVA, C.C; EGRY, E.Y. Estágio Rural Integrado – da concretude à utopia. IN: Garcia TR; Silva ATM. Saúde e Realidade. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

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. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n.6, p.1673-1681, nov-dez, 2007.

- SILVA, N.N. Amostragem probabilística. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- SENA-CHOMPRÉ, R.R; EGRY, E. Y. A enfermagem no Projeto UNI: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, C. C. Competências na Prática Educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores. 2003. (Tese), São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.
- TRIOLA, M.F. Introdução à estatística. 9.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.
- TRIVINOS ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução nº 12/2005. Aprova o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde, Campus I, da UFPB. João Pessoa, PB, 2005. Disponível em: <http://www.ufpb.br/sods/consepe/resolu/2005/Rsep12_2005.htm> Acesso em: 10/08/10.
- VASCONCELLOS, M.M.M. Avaliação e ética. Londrina: Editora UEL, 2002.
- VASCONCELLOS, M. M. M.; OLIVEIRA, C. C.; BERBEL, N. A. N. O professor e a boa prática avaliativa no ensino superior na perspectiva de estudantes. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, n.20, v.10, p.443-456, 2006, Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=1414-3283&script=sci_serial> Acesso em 12/08/10.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumentos de Coleta dos Dados

Instrumento I

Formulário para captação da descrição histórica e processual do curso de fisioterapia nas quatro instituições de ensino superior que oferecem o curso de Fisioterapia em João Pessoa/PB. Utilização no primeiro momento.

1. Dados da criação do curso

- A) Curso de Fisioterapia da
- B) Bases legais para funcionamento junto ao Mec
- C) Ano de início de funcionamento do curso
- D) Número de Professores
- E) Número de Estudantes

2. Dados das atividades processuais do curso

- A) Descrição do Marco Teórico-Metodológico
- B) Objetivos do curso
- C) Perfil do profissional egresso
- D) Competências, Atitudes e Habilidades

3. Dados relativos às Bases Metodológicas que norteiam o Estágio Curricular Supervisionado ou disciplina relativa às atividades da atenção básica à saúde

- A) Procedimentos pedagógicos previstos no plano de ensino
- B) Recursos didáticos previstos no plano de ensino
- C) Procedimentos de avaliação previstos no plano de ensino

Instrumento II

Questionário 1. Dirigido aos Professores responsáveis pelo Estágio Curricular Supervisionado, buscando informações sobre aproximações e distanciamentos da formação em relação à prática profissional no contexto da atenção básica à saúde. Utilização no âmbito das instituições de ensino superior, no segundo momento.

1. Dados de identificação

- A) Nome (opcional)
 - B) Idade
 - C) Tempo de formação
 - D) Preparação prévia para o magistério
- Sim ()
Não ()
Em parte ()

2. Conhecimentos sobre a inserção da fisioterapia no contexto da atenção básica à saúde

2.1 - Você discute com seus alunos sobre a Portaria GM N.º 154 de 24/01/08?

Sim ()
Não ()

2.2 - Na sua opinião, em que nível de atenção à saúde o fisioterapeuta deveria ser inserido após sua formação

Nível Primário ()
Nível Secundário ()
Nível Terciário ()

2.3 - Na sua opinião, para que nível de atenção à saúde o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo de sua formação

Nível Primário ()
Nível Secundário ()
Nível Terciário ()

2.4 - Na sua opinião, a carga horária prevista para o ESC é suficiente para preparar o aluno para inserção no nível de atenção básica?

Sim ()
Não ()
Em parte ()

Instrumento III

Questionário 2. Dirigido aos Estudantes regularmente matriculados no Estágio Curricular Supervisionado, buscando informações sobre aproximações e distanciamentos da formação em relação a prática profissional no contexto da atenção básica à saúde. Utilização no âmbito das instituições de ensino superior, no segundo momento.

1. Dados de identificação

- A) Nome (opcional)
- B) Idade

2. Conhecimentos sobre a inserção da fisioterapia no contexto da atenção básica à saúde

2.1 - Durante o ESC, seu professor discutiu sobre a Portaria GM N.º 154 de 24/01/08?

Sim ()

Não ()

Não lembro ()

2.2 - Na sua opinião, em que nível de atenção a saúde o fisioterapeuta deveria ser inserido após sua formação?

Nível Primário ()

Nível Secundário ()

Nível Terciário ()

Não sei ()

2.3 - Na sua opinião, para que nível de atenção a saúde o fisioterapeuta melhor se prepara ao longo de sua formação?

Nível Primário ()

Nível Secundário ()

Nível Terciário ()

Não sei ()

2.4 - Na sua opinião, a carga horária prevista para o ESC é suficiente para prepará-lo para inserção no nível de atenção básica?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

Instrumento IV

Questionário 3. Dirigido aos diretores dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa, em conformidade com o Plano de Saúde Municipal e determinações internas de cada Distrito . Para utilização no âmbito dos serviços de saúde, no Segundo Momento.

1. Dados de identificação

- A) Nome (opcional)
- B) Idade

2 - Informações sobre a prática profissional dos fisioterapeutas

2.1 - Na sua opinião, a formação dos fisioterapeutas é compatível com as exigências da prática profissional no espaço da Atenção básica?

Sim ()

Não ()

Em parte ()

2.2 - Na sua opinião, os fisioterapeutas desenvolvem melhor as atividades de que nível da atenção a saúde?

Nível Primário ()

Nível Secundário ()

Nível Terciário ()

2.3 - As atividades práticas a serem desenvolvidas pelos fisioterapeutas neste Distrito Sanitário são previamente determinadas?

Sim ()

Não ()

Instrumento V

Questionário 4. Dirigido aos fisioterapeutas dos Núcleos de Fisioterapia dos NASFs, buscando conhecer o posicionamento destes profissionais sobre as aproximações e

distanciamentos da formação em relação a prática profissional no contexto da Atenção Básica à Saúde. Para utilização no âmbito dos serviços de saúde, no segundo momento.

1. Dados de identificação

A) Nome (opcional)

B) Idade

2 - Informações sobre a prática profissional dos fisioterapeutas

2.1 - Na sua opinião, a formação dos fisioterapeutas é compatível com as exigências da prática profissional no espaço da Atenção Básica?

Sim ()

Não ()

Em parte ()

2.2 - Na sua opinião, os fisioterapeutas desenvolvem melhor as atividades de que nível da atenção a saúde?

Nível Primário ()

Nível Secundário ()

Nível Terciário ()

2.3 - As atividades práticas a serem desenvolvidas pelos fisioterapeutas neste Distrito Sanitário são previamente determinadas ?

Sim ()

Não ()

Em parte ()

Instrumento VI

Roteiro de entrevista semi-estruturado dirigido aos sujeitos da pesquisa.

Informe quais os principais pontos de distanciamento e aproximação entre a formação do fisioterapeuta e a sua inserção nos espaços da Atenção Básica à saúde no município de João Pessoa/PB.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

De acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 Do Conselho nacional de Saúde.

Eu, _____, tendo recebido os devidos esclarecimentos prestados por Daniela Macêdo Pimentel, mestrandona Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, em articulação com o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, concordo participar da pesquisa intitulada: “**Bases Metodológicas da formação em Fisioterapia: discutindo o distanciamento entre processos de formação e utilização da força de trabalho**”.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão mantidas em sigilo, para uso exclusivo desta pesquisa. Autorizo a publicação das mesmas em caráter acadêmico e científico, desde que respeitadas às condições de sigilo supracitadas. Reservo-me o direito de retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de 2011

ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

DOCUMENTO Nº _____

ANEXOS

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/HULW/UFPB

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de saúde de João Pessoa/PB para realização da pesquisa