

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

SIMONE BEATRIZ PEDROZO VIANA

**COMPETÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES E
EGRESSOS DA UNIVALI.**

ITAJAÍ (SC)
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE BEATRIZ PEDROZO VIANA

COMPETÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES E EGRESSOS DA UNIVALI.

Dissertação apresentada como requisito para obtenção
do título de Mestre em Saúde - Área de Concentração:
Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí,
Centro de Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosita Saupe

Itajaí
2005

SIMONE BEATRIZ PEDROZO VIANA

COMPETÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES E EGRESSOS DA UNIVALI.

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e aprovada pelo Programa de Mestrado Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 23 de fevereiro de 2005.

Profa. Dra. Rosita Saupe
UNIVALI – Centro de Ciências da Saúde
Orientadora

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
UNIVALI – Centro de Ciências da Saúde
Membro

Profa. Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
UFSC – Centro de Ciências da Saúde
Membro

Prof. Dr. João Carlos Caetano
UNIVALI – Centro de Ciências da Saúde
Suplente

Prof. Dr. Marineli Joaquin Meier
UFPR- Centro de Ciências da Saúde
Suplente

Dedico este trabalho ao Everton, Marcos e Caio.

Razão da minha existência e alegria.

AGRADECIMENTOS

Este é um momento ímpar de agradecer a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui. Assim agradeço:

A minha querida orientadora, Professora Rosita, pelo prazer de conviver com alguém tão competente e ao mesmo tempo tão humilde no seu saber.

Aos meus professores e colegas do mestrado, pela forma agradável com que compartilhamos o conhecimento.

A UNIVALI, pelo apoio e reconhecimento nesta conquista que não só minha, mas também da Instituição.

Aos Professores Cutolo, Águeda e Ingrid, pela valiosa contribuição na construção deste estudo.

A colega e amiga Ionice Amaral, pela parceria e amizade que nasceu no mestrado.

Aos Professores Henry Stuker e Renato Dittrich, pela sapiência e auxílio na análise dos dados.

Aos membros da banca examinadora, pela contribuição neste trabalho.

Aos meus pais, Santos e Isar, pela vida e incentivo constante.

A minha irmã Sibebe, pelo carinho e força na reta final.

Aos sujeitos de pesquisa, pelo tempo e disponibilidade na participação do estudo.

A DEUS, pela fé e coragem de seguir sempre em frente.

VIANA, Simone Beatriz Pedrozo. **Competências dos Fisioterapeutas para Atenção Básica em Saúde da Família**: avaliação dos professores e egressos da UNIVALI. 2005. 126 f. Dissertação – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho: Área de Concentração em Saúde da Família – Modalidade Profissionalizante.

RESUMO

A construção de competências para atenção básica em saúde prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais configura como elemento fundamental na formação e inserção dos fisioterapeutas na saúde coletiva e representa um desafio a ser vencido pelo ensino de fisioterapia que, historicamente, forma recursos humanos voltados para um modelo biologicista, centrado na doença, acompanhando a origem da profissão. Este estudo tem a pretensão de formular uma proposta idealizada através da identificação de um rol de competências necessárias para formação do profissional de Fisioterapia no que se refere à atuação na Atenção Básica em Saúde, com foco na promoção e educação em saúde da família, quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes. Trata-se de pesquisa de campo, do tipo descritiva. A metodologia utilizada é originária da University of North Carolina e introduzida no Brasil por Spínola e Pereira em 1976 e desenvolvida em etapas. Participaram deste estudo três professores do programa de mestrado, como pré-juizes, sete profissionais experts na temática, como juízas e 46 fisioterapeutas ligados ao curso de fisioterapia da Univali, no período de 2000 a 2004, sendo 18 professores e 28 alunos egressos. O modelo idealizado resultou na construção de um organograma detalhado denominado Diagrama de Árvore, no qual as competências necessárias para a formação de fisioterapeutas, com foco na promoção e educação em saúde da família foram decompostas e hierarquizadas em 82 componentes. O rol de competências proposto neste estudo foi validado pelas juízas, visto que 96,14 % dos valores atribuídos aos componentes do diagrama e expressos pela mediana, ficaram entre 5 e 4, ou seja, muito alta e alta importância. A proposta idealizada foi submetida, ainda a apreciação de profissionais fisioterapeutas, resultando em índice de desempenho igual a 9,14, classificado como pleno sucesso do estudo. Dentre os conceitos nucleares eleitos para o estudo o tema Saúde da Família obteve maior índice de desempenho, seguido por Educação e Promoção da Saúde. Os conceitos de habilidade e atitude tiveram maior importância. Quanto às competências identificadas, as que tiveram maior índice de desempenho foram: habilidades de comunicação, atitudes que valorizem a participação da família e ética na aceitação das diferenças ligadas a Promoção da Saúde; habilidades para o trabalho em equipe, atitudes de diálogo, respeito, saber ouvir e o compartilhamento de saberes no processo de Educação em Saúde; conhecimentos de cidadania e interdisciplinaridade, responsabilidade e atitudes de compromisso e respeito ético com a Saúde da Família. Os dados encontrados apontam para inovação na formação do fisioterapeuta, a partir do desenvolvimento de competências para atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS e conseqüentemente na Saúde da Família. Espera-se contribuir de forma significativa para a reorientação de um currículo mais humano e menos técnico na área da Fisioterapia, bem como com programas de educação permanente superando, assim o dilema tecnicista de formação do fisioterapeuta.

Palavras-chave: Competências, Atenção Básica, Promoção e Educação em Saúde, Saúde da Família, Fisioterapia.

VIANA, Simone Beatriz Pedrozo. Abilities of the Physiotherapists for Basic Attention in Health of the Family: evaluation of the professors and egresses of the UNIVALI. 2005. 126 f. Dissertation (Master's Degree)- University of the Valey of the Itajaí.

ABSTRACT

The construction of competences for basic attention in the health foreseen in the National Curricular Directrix configures like fundamental element in the formation and insertion of the physiotherapeutics in the collective health and represents a challenge to be won by the physiotherapy teaching wich, historically, it forms human resources inclined to a biologicistic model, centralized in the disease, attending origin of the profession. This study has the pretension to formulate a proposal idealized through identification of a necessary competences roll to the professional physiotherapy formation in the area of basic attention in health, with focus in the promotion and education in family health, to respect in the knowledges, abilities and positions. It treats of area research, of the descriptive type. The utilized methodology is originating of North Caroline University and introduced in Brazil in 1976 by Spindola and Pereira and developed through stages. Three (03) teachers of the Mastership Program participated of this study, with pre-judges, seven (07) thematic professional expert, like female judges and forty six (46) physiotherapeutics jointed in the Physiotherapy course of UNIVALI , in the period 2000-2004, eighteen (18) teachers and twenty eigh (28) egress pupils. The idealized model has resulted at a detailed organogram called Tree Diagram, where the necessary competences to the physiotherapeutics formation, with focus in the health family promotion and education were decomposed and hierarchized at eighty two (82) components. The proposed competences roll in this study were validated by female judges, thus ninety six comma fourteen (96,14) par cent of the values attributed to the components of the diagram and express by the medium, were between five (05) and four (04), that is, very high and high importance. The idealized propose were submitted, yet to the appreciation of physiotherapeutic professionals, resulting at an index of performance equal to ninety comma fourteen (9,14), classified like successfull study. Amongst the elect nuclear concepts for the study the subject health of the family got greater performance index, followed for education and promotion of the health. The concepts of ability and attitude had had greater importance. How much to the identified abilities, the ones that they had had greater performance index had been: communication abilities, attitudes that value the participation of the family and ethics in the acceptance of the on differences the Promotion of the Health; abilities for the work in team, dialogue attitudes, respect, to know to hear and the sharing to know in the process of Education in Health; knowledge of citizenship and interdisciplinaridade, responsibility and attitudes of commitment and ethical respect with the health of the family. The found data aim to an innovation in the physician formation, leave from the development of competences to act with quality, efficiency and resolutivity in the SUS (Health Unique System) and consequently in the family health. It is waited to contribute of significant form to the reorientation of a curriculum more human and less thecnical in the Physiotherapy area, as well as with permanent education programs surmounting, so the technician dilemma of physiotherapeutic formation.

Key-words: competences, basic attention, promotion, education in health, family health, Physiotherapy.

VIANA, Simone Beatriz Pedrozo. Competências de los Fisioterapeutas para Atención Básica en Salud de la Familia: evaluación de los profesores y salidas de la UNIVALI. 2005. 126 f. Disertación (Maestria Profissionalizante) – Universidad del Vale de Itajaí.

RESUMEN

La construcción de competencias para la atención básica en salud prevista en las Directrices Curriculares Nacionales configura como elemento fundamental en la formación y inserción de los fisioterapeutas en salud colectiva y representa un desafío a ser vencido por la enseñanza de Fisioterapia que, históricamente, forma recursos humanos volvidos para un modelo biologicista, centrado en la molestia, acompañando el origen de la profesión. Este estudio tiene la pretensión de formular una propuesta idealizada tras la identificación de un rol de competencias necesarias para la formación del profesional de Fisioterapia en lo que se refiere a la actuación en la atención básica de salud, con el centro en la promoción y educación en salud de la familia, nel tocante de los conocimientos, habilidades y actitudes. Se trata por lo tanto de una pesquisa de campo del tipo descriptiva. La metodología utilizada es originaria de la Universidad de Carolina del Norte y introducida nel Brasil por Spindola y Pereira en 1976 y desarrollada por etapas. Participaron de este estudio 03 maestras del Programa de Mestrado, como jueces, 07 profesionales "experts" en temática, como jueces y 46 fisioterapeutas unidos al Curso de Fisioterapia de la UNIVALI, nel periodo comprendido entre 2000 hasta 2004, compuesto de 18 maestros y 28 alumnos egresos. El molde utilizado resultó en uno organograma detallado llamado Diagrama de Arbolé, en el cual las competencias necesarias a la formación de fisioterapeutas, centrados en la formación y educación en salud de la familia fueron decompuestas e hierarquisadas en 82 componentes. El rol de competencias propuesto en este estudio fue validado por los magistrados, teniendo en cuenta que 96,14 % de los valores atribuidos a los componentes del diagrama y expresos por la mediana quedaramse al deredor de 5 y 4, o sea, mucho alta y alta importancia. La propuesta idealizada fue sometida, además a la apreciación de profesionales fisioterapeutas, resultando en un index de desempeño equal a 9,14, clasificado con lleno suceso del estudio. En medio de el conceptos nuclear electa a punto de el estudio el tema Salud de Familia ella recogido mayor índice de absolución, seguido por Enseñanza y Promoción de Salud. El conceptos de habilidad & actitud ellos tenían mayor importancia. Con respecto a aptitudes identificable, qué ellos tenían mayor índice de absolución haber estado: habilidad de comunicación, actitudes qué premio el participación de familia y ética en aceptabilidad del diferencias eslabonado junto el promoción de Salud; habilidad a punto de el trabajo em personal, actitudes de diálogo, respetar, conocer fuera oír y el compartilhamento de Sabré a el YO demandar de Enseñanza em Salud; conocimiento cívico interdisciplinaridade, responsabilidad y actitudes de compromiso y respetar ética con el Salud de Familia. Los datos señalados indican una innovación en la formación del fisioterapeuta a partir del desarrollo de competencias para actuar con calidad, eficiencia e resolutividad nel SUS y consequentemente en la salud de la familia. Se espera contribuir de manera significativa para la reorientación de uno currículo más humano y menos técnico en el campo de la Fisioterapia, así como con programas de educación permanente, sobreponiendo, de esa manera, el dilema tecnicista de la formación del fisioterapeuta.

Palavras-llaves: competência, atención básica, promoción e educación en la salud, salud de la familia, Fisioterapia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: Ilustração Inter-relação dos conceitos do Marco Teórico..... | 48 |
| Figura 2: Distribuição geográfica dos egressos..... | 51 |
| Figura 3: Representação esquemática do Diagrama de Árvore..... | 52 |
| Figura 4: Escala padrão de medida de desempenho..... | 56 |
| Diagrama 1: Competências para Promoção em Saúde..... | 63 |
| Diagrama 2: Competências para Educação em Saúde..... | 64 |
| Diagrama 3: Competências para Saúde da Família..... | 66 |
| Diagrama 4: Diagrama de Árvore – Competências dos Fisioterapeutas | 69 |
| Gráfico 1: Distribuição de frequência dos pesos atribuídos pelas juizas em percentual..... | 70 |
| Gráfico 2: Dendograma obtido a partir da análise de Cluster..... | 71 |
| Gráfico 3: Escores de peso atribuído pelas juizas..... | 74 |
| Gráfico 4: Dendograma obtido a partir da análise de Cluster..... | 76 |
| Gráfico 5: Dendograma obtido a partir da avaliação das juizas quanto as competências | 77 |
| Gráfico 6: Distribuição da amostra quanto ao sexo..... | 81 |
| Gráfico 7: Distribuição dos fisioterapeutas quanto ao campo de atuação | 82 |
| Gráfico 8: Distribuição dos fisioterapeutas quanto a área de atuação profissional..... | 83 |
| Gráfico 9: Histograma dos escores dos índices de desempenho dos conceitos..... | 85 |
| Gráfico 10: Histograma de avaliação das competências.. | 87 |
| Gráfico 11: Histograma das competências para promoção da saúde..... | 88 |
| Quadro 1: Índice de desempenho atribuído as competências..... | 89 |
| Gráfico 12: Histograma sobre competências para educação em saúde..... | 90 |
| Gráfico 13: Histograma referente às competências para saúde da família..... | 91 |
| Gráfico 14: Auto-avaliação dos sujeitos da pesquisa | 96 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Distribuição de frequência da avaliação realizada pelas juizas..... | 73 |
| Tabela 2: Distribuição de frequência dos pesos atribuídos pelas juizas..... | 75 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES..... | 09 |
| LISTA DE TABELAS..... | 10 |
| 1 APRESENTANDO O ESTUDO - Introdução | 13 |
| 1.1 Objetivos..... | 16 |
| 2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA..... | 18 |
| 2.1 Antecedentes históricos | 19 |
| 2.2 Fisioterapia como profissão | 26 |
| 2.3 Fisioterapia na Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI..... | 33 |
| 2.4 A Formação do Fisioterapeuta..... | 33 |
| 2.5 A Fisioterapia e o Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 34 |
| 3 MARCO TEÓRICO | 39 |
| 3.1 Competências: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes..... | 39 |
| 3.2 Atenção Básica em Saúde | 42 |
| 3.3 Promoção da Saúde | 42 |
| 3.4 Educação em Saúde | 44 |
| 3.5 Saúde da Família | 47 |
| 4 PERCURSO METOLÓGICO | 51 |
| 4.1 Primeira etapa: localização e caracterização dos egressos..... | 51 |
| 4.2 Segunda Etapa - Diagrama de Árvore..... | 52 |
| 4.3 Terceira etapa - Método do Júri | 54 |
| 4.4 Quarta etapa – Concordância entre os juizes | 55 |
| 4.5 Quinta etapa – Construção do Instrumento | 56 |
| 4.6 Sexta etapa – Coleta de dados | 56 |
| 4.7 Sétima etapa – Análise | 56 |
| 5 RESULTADOS | 61 |
| 6 CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES..... | 98 |
| REFERÊNCIAS | 101 |
| APÊNDICES..... | 106 |
| ANEXO..... | 125 |

CAPÍTULO 1

APRESENTANDO O ESTUDO

1 APRESENTANDO O ESTUDO – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a concepção do processo saúde-doença vem sendo alvo de reflexão e mudança. Os atores sociais comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na redefinição das políticas públicas de saúde. A grande meta é reorganizar as ações e os serviços, na busca de assegurar o acesso universal e equânime à promoção, proteção e recuperação da saúde do povo brasileiro. Um dos maiores desafios a serem superados diz respeito à capacitação dos recursos humanos para atuarem na complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo sua filosofia e gestão enquanto ação social centrada nos valores da saúde coletiva (BRASIL, 2003).

A formação dos profissionais de saúde, inclusive dos fisioterapeutas, ainda está centrada nas técnicas biomédicas, fragmentadas, voltadas ao modelo flexneriano, curativo, em que o atendimento do indivíduo aparece como eixo principal.

Revestido da intenção de adequar a formação dos profissionais de saúde às necessidades da coletividade, o Ministério da Educação vem implementando no ensino superior as Diretrizes Curriculares que preconizam a consolidação do SUS e sua estratégia de atenção básica mais inovadora, o Programa de Saúde da Família (PSF).

Como aluna de um curso de mestrado que tem por objetivo desenvolver competências profissionais para o trabalho interdisciplinar com famílias nos vários níveis de atenção, iniciei o processo de construção da dissertação já no primeiro semestre de desenvolvimento da matriz curricular, ou seja, desde março de 2003. Este processo tem como principal direcionalidade, conforme a filosofia do programa, resultar numa contribuição significativa à realidade da saúde.

Na perspectiva da linha de pesquisa a qual me filiei, a saber “promoção e educação em saúde” duas dimensões estão incluídas. Uma vinculada a intervenções diretas na realidade da educação em saúde das famílias; e a outra ao processo da formação e capacitação de recursos humanos na saúde.

Este estudo representa uma primeira aproximação com o objeto de estudo pelo qual optei e diz respeito às competências previstas nas Diretrizes Nacionais Curriculares que deverão ser incorporadas pelos cursos de Fisioterapia do país para a capacitação do profissional fisioterapeuta na atenção básica em saúde das famílias. A Atenção Básica é uma das Competências Gerais dos fisioterapeutas compartilhada com os demais profissionais de saúde. O direcionamento para

famílias respalda-se na perspectiva de ultrapassagem do modelo individualista, como proposto nas políticas públicas.

Para esta investigação parecia-me que existiam dois caminhos possíveis, o primeiro aparentemente mais fácil, seria o de simplesmente cruzar ementas, projeto político pedagógico e diretrizes curriculares com os conceitos considerados nucleares para a fundamentação do estudo, a saber: atenção básica em saúde, promoção e educação em saúde, saúde da família, competências; fácil, porém enganoso, pois não refletiria as interações possíveis entre professor e aluno, aluno campo de estágio e as próprias vivências particulares de cada ator envolvido no processo ensino aprendizagem. O segundo caminho mais tortuoso e, portanto trabalhoso, buscou exatamente enaltecer a lógica contrária, ou seja, a partir da prática efetiva do profissional dentro ou fora do Sistema Único de Saúde busquei estabelecer a correlação entre esta atuação e os ensinamentos que deverão ser proporcionados pela academia.

Minha intenção ao desenvolver esta pesquisa foi a de identificar o rol de competências necessárias ao fisioterapeuta para atuação na atenção básica em saúde da família considerando a opinião de docentes e profissionais egressos do curso de Fisioterapia da Univali, visto que este é um novo caminho que se descortina para o fisioterapeuta, cujo perfil de formação ainda guarda grande relação com o modelo biologicista, técnico, especializado e individual. Da mesma forma percebi a preocupação do sistema educacional vigente em formar um profissional com perfil generalista, capaz de atuar em todos os níveis de atenção a saúde, porém sem muita definição dos conteúdos a serem desenvolvidos para alcançar este fim.

Acredito que, por se tratar de um tema novo para a fisioterapia, faz-se necessário à interação entre Universidade e profissionais no Mercado de Trabalho considerando a relevância do tema para o exercício da profissão. Desta forma, considerei fundamental a participação dos egressos e dos professores do curso de Fisioterapia da Univali para que, de forma clara e objetiva, se pudesse apresentar uma proposta idealizada para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica em saúde da família, especialmente no que se refere à promoção, educação e saúde da família.

Penso que os profissionais de fisioterapia devem comprometer-se com a luta política pela saúde, participando de forma ativa na tomada de decisão e planejamento na reorientação de um currículo pleno que atenda as necessidades da população e por consequência ao novo modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS.

Esta pesquisa encontrou força a partir de um estudo preliminar para subsidiar o desenvolvimento de dissertações de mestrado realizado por Amaral et al (2003) com docentes de quatro cursos de graduação (dois de Enfermagem, um de Fisioterapia e outro de Odontologia) em duas Universidades brasileiras, que teve por objetivo verificar o interesse dos educadores no sentido de que sejam realizadas pesquisas visando definir um rol de competências necessárias aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde da família; constatar e avaliar a inclusão e importância destas competências nos programas educacionais na saúde. Como resultado os entrevistados demonstraram que os cursos de graduação, na maioria, encontram-se na zona de indefinição quanto à competência dos profissionais de saúde para a promoção e educação em saúde da família e que em algumas situações como no curso de Fisioterapia a formação ainda é bastante tecnicista. Consideram que os cursos necessitam melhorar a formação de seus graduandos, em especial quanto ao desenvolvimento destas competências e que estudos desta natureza poderão auxiliar muito a melhorar a atuação profissional (apêndice A).

Este estudo está vinculado ao Grupo de Pesquisa “Educação na Saúde e Gestão do Trabalho”, certificado pela UNIVALI e cadastrado no CNPQ; à Linha de Pesquisa “Promoção e Educação em Saúde”; e à pesquisa “Competências dos Recursos Humanos em Saúde para consolidação do SUS/PSF/ESF”, aprovado pela FUNCITEC – Fundação de Ciência e Tecnologia Pesquisa, conforme edital 03/2003, FCTP 2186/039 e financiado pela FUNCITEC/ Ministério da Saúde /UNESCO. Aprovado também pela Comissão de Ética da UNIVALI, conforme Parecer 381/2003, de 09 de setembro de 2003 e coordenado pela Dra. Rosita Saupe.

O presente trabalho foi estruturado a luz do marco teórico e contou com a participação de professores doutores na área para o estabelecimento das competências a serem desenvolvidas pelos fisioterapeutas na atenção básica em saúde da família que, posteriormente, foram avaliadas por profissionais, professores e egressos do curso de Fisioterapia da Univali, na intenção de conferir legitimidade a proposta idealizada.

A relevância deste estudo reside numa contribuição na formação político-pedagógica e profissional do fisioterapeuta, que poderá ser utilizada tanto na graduação como nos programas de educação permanente. Entendo que os conhecimentos gerados neste estudo deverão ser compartilhados com a comunidade acadêmica do curso de fisioterapia sob a forma de seminário,

principalmente com os docentes, visando promover um espaço de discussão e formulação de propostas que viabilizem a implantação das necessidades de formação apontadas.

1.1 Objetivos

Objetivo geral

Identificar as competências dos Fisioterapeutas na atenção básica em saúde da família.

Objetivos específicos

Localizar e Caracterizar a situação profissional dos egressos do curso de Fisioterapia da Univali – Itajaí, no período de 2000 a 2003.

Determinar os *conhecimentos*, as *habilidades* e as *atitudes* necessárias para o exercício profissional na atenção básica para promoção e educação em saúde da família.

CAPÍTULO 2

CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

Competências do Fisioterapeuta através dos tempos

O termo competência vem sendo usado com frequência cada vez maior no meio organizacional. As definições de competências enfocam, em essência, a condição de aplicação adequada de conhecimentos, habilidades e destrezas, juntamente com atitudes e compromissos, bem como a capacidade integral de exercer uma atividade (MAGALHAES et al, 1997; DURAND, 1998 e 1999 apud VIEIRA, 2002).

As diretrizes, preconizadas para a educação no século XXI, evidenciam que todos os profissionais de saúde deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), possibilitando a sua participação e atuação com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002. p. 4; OPS/OMS, 1997 apud LAZZAROTO, 2001).

O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde que exerce suas atividades isoladamente ou em equipe em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde com indivíduos, famílias, grupos de pessoas ou comunidades. Tem como principal objeto de trabalho o movimento humano e sua funcionalidade (BARROS, 2003).

Esta caracterização contemporânea do profissional fisioterapeuta feita por Barros demonstra a incorporação de competências e acompanha a trajetória do processo de concepção de saúde e doença nas diferentes épocas da história.

A prevenção ou proteção da saúde se relaciona com a multicausalidade, ou ainda chamada de causação ambiental, compatível com uma nova forma de produzir e viver em sociedade do homem da idade moderna. O tratamento e a recuperação, bastante relacionada ao fazer fisioterapêutico encontra explicação nas práticas individuais e curativas apoiadas na teoria da unicausalidade. Já a Promoção da saúde tão desejada nos dias atuais surge das conseqüências causadas pela determinação social do processo saúde-doença e serão apresentadas posteriormente.

Em consequência das habilidades e competências desenvolvidas na graduação e em cursos de pós-graduação, o campo de atuação do fisioterapeuta tem se ampliado consideravelmente nos últimos anos, podendo esse profissional estar inserido em setores e serviços diferenciados, tais como: clínicas, consultórios, hospitais, creches, empresas, escolas, universidades, centros de pesquisa, agremiações desportivas, unidades básicas de saúde, órgãos públicos, na saúde coletiva entre outros.

Mas não foi sempre assim. Para compreendermos melhor as competências, responsabilidades e habilidades deste profissional, faz-se necessária uma retrospectiva histórica acerca das transformações ocorridas na saúde, no surgimento e formação deste profissional ao longo da história.

2.1 Antecedentes históricos

A Idade Antiga, ou simplesmente Antiguidade, compreendida entre o período de aproximadamente 4000 a.C até 476 d.C, caracterizou-se pela dominância dos povos egípcios, gregos e romanos, sendo que os dois últimos muito contribuíram para a história da Medicina e da Saúde, influenciando-as até os dias de hoje (ROSEN, 1994).

O entendimento sobre saúde, natureza das doenças e suas curas confunde-se com a própria história da medicina e por consequência com a origem de todas as demais profissões da área da saúde.

Os grandes médicos da Grécia eram também filósofos naturais e desenvolveram concepções e explicações naturalistas acerca da doença e da interação entre o homem e o ambiente. Da mesma forma utilizavam recursos da natureza, tais como o calor, a água e a eletricidade para alívio da dor ou simplesmente como forma de relaxamento e cuidados com o corpo. As massagens e os exercícios físicos também eram praticados pelos povos gregos e recomendados pelos médicos da época (ROSEN, 1980). O modo de vida ideal equilibrava-se entre nutrição, excreção, exercício e descanso.

Asclépio considerado o mais importante deus da Medicina popularizou seus santuários, chamados Templos de Asclépio, lugares sagrados, construídos em locais de clima agradável,

próximo a bosques e fontes de águas minerais, no qual os devotos ofereciam sacrifícios, purificavam-se com dietas, banhos e rituais apropriados em busca de cura para seus males. A crença e o prestígio atribuído a estes lugares, baseados no poder da sugestão e em regras de higiene, fizeram com que eles se mantivessem em plena atividade durante toda a Antiguidade (ROSEN, 1994).

Segundo Almeida Filho (2003 p. 1), desde os primórdios dos tempos é possível perceber as duas formas de atenção à saúde, o individual e o coletivo

[...] o antagonismo ancestral entre as duas filhas do deus Asclépio: Panacéia e Higéia. Panacéia era a padroeira da medicina curativa, prática terapêutica baseada em intervenções sobre os indivíduos doentes através de manobras físicas, encantamentos, preces e uso de *pharmakon* (medicamentos). Sua irmã, Higéia, era adorada por aqueles que consideravam a saúde como resultante da harmonia dos homens e dos ambientes, e buscavam promovê-la por meio de ações preventivas, mantenedoras do perfeito equilíbrio entre os elementos fundamentais terra, fogo, ar e água.

A água, elemento essencial para vida, sempre foi uma preocupação de gregos e romanos que além de a utilizarem para consumo humano preocupavam-se em criar sistemas de aquedutos visando o suprimento de água organizado e o saneamento básico, numa clara intenção de preservação da saúde pública. Tornava-se evidente o cuidado com a higiene pública e particular tanto pela utilização dos sistemas de água e esgoto, como também pelo costume dos banhos regulares que poderiam ser frios, mornos ou quentes, normalmente seguido pelas massagens (ROSEN, 1994).

A utilização dos recursos físicos e naturais embora revestidos de magia conseguiam dar uma solução racional para a causa das doenças por meio da interação higiene e saúde pública. Assim, a sobrevivência do antagonismo entre a medicina individual e a medicina coletiva, praticadas naquela época, originaram-se os conceitos de higiene no sentido de proteção da saúde, em especial no âmbito coletivo (ALMEIDA FILHO, 2003 p.1).

Existem registros de obras, na China, abordando a cura pelo movimento desde o ano de 2.698 a.C. Na Grécia antiga, o filósofo Aristóteles (384 a.C) já descrevia a ação dos músculos, ficando conhecido como o “Pai da Cinesiologia”. Segundo Lideman, 1970 apud Barros (2003), na medicina grega a terapia pelo movimento constituía uma parte fixa do plano de tratamento.

Dentre os romanos, Galeno, configura com um exímio observador e experimentador que descreveu músculos e ossos, cérebro, nervos e sistema vascular com admirável riqueza de detalhes. Galeno também aplicava dietas, drogas, recursos físicos, como o peixe elétrico e movimentos do corpo humano em seus tratamentos (ROBERTO, 1998; REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Aos poucos passo a perceber uma aproximação entre a utilização dos elementos da natureza e do movimento em tempos pregressos, com o que hoje chamamos de recursos naturais ou tecnológicos e a cinesioterapia para a manutenção ou recuperação da função humana, ferramentas do fazer fisioterapêutico.

Os diferentes momentos da história da humanidade influenciaram sobremaneira as concepções do homem sobre si mesmo, o mundo e sua existência.

Durante a maior parte da Idade Média, a cultura e a dominação religiosa era muito presente, sendo o corpo um mero recipiente do espírito (ROSEN, 1980).

O homem desta época era completamente dividido em contradições: entre o sagrado e o profano, entre o céu e o inferno, e concepções antropocêntricas e teocêntricas; todas essas confusões pelas quais o homem estava passando não poderiam deixar de ser refletidas naquilo que se concebia sobre saúde na época. Os acontecimentos “naturais” ocorridos com o corpo teriam a intervenção, atuação e a decisão de Deus, o contrário, aqueles que seriam “negativos” (as doenças), eram então classificados como obras demoníacas, punição por pecado ou ainda, resultado de feitiçaria. Ressaltando que qualquer fenômeno que acontecesse com o corpo seria um reflexo ou resultado de uma alma pecaminosa ou pura, cabendo a este indivíduo as seguintes terapias: orações, penitência e a invocação de santos; todas elas contribuía para a purificação da alma e do espírito (ROBERTO, 1998; REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Lindeman (1970 apud Rebelatto e Botomé, 1999, p.35), ressalta o completo descaso e desinteresse durante a Idade Média, por meio da instituição Igreja Católica, para com o avanço dos estudos que focalizassem o cuidado com o corpo através de atividades e recursos físicos, pois a igreja encarava o cuidado aos doentes como obrigação moral de seus membros, e não como uma profissão:

[...] as ordens religiosas eram inimigas do corpo. Os hospitais da Idade Média tinham caráter eclesiástico, estavam junto dos mosteiros mais importantes e suas salas de enfermos encontravam-se imediatamente ao

lado das capelas; havia, inclusive, altares na sala dos enfermos, não havendo local apropriado para a realização de exercícios.

Até mesmo os hábitos de higiene, como por exemplo, os banhos, tão praticados pelas sociedades romanas, bizantinas e islâmicas não encontraram suportes na sociedade medieval.

As causas das doenças encontravam relação com a alteração dos humores corporais, porém o tratamento e a cura estavam baseados na fé e na religiosidade. Desta forma o período medieval ocidental privilegiava o aperfeiçoamento do espírito em detrimento do corpo (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001).

Apesar de toda a estagnação sofrida neste período, no que diz respeito aos estudos, cuidados e interesse com a saúde do indivíduo e da população, verifica-se na Idade Média mais um paradoxo: o clero e a nobreza, sendo a última, aquela que mantinha o controle sobre a população, os bens e a guerra; agora estando unidos, apropriou-se da atividade física para o aumento da potência corporal, bastante requisitada para as guerras em busca de mais terras. Enquanto isso, os burgueses e lavradores, que compunham a classe dos servos e que sempre estavam subordinados a um senhor feudal, por toda espécie de compromissos pessoais e tributários, viam na prática do exercício uma fuga de lazer e diversão para as péssimas condições exploratórias e servis que viviam. A Idade Média fecha-se com mais uma antítese, que identificou a transformação para uma nova visão de como utilizar e aplicar os exercícios físicos, redescobriu a tradição grega, a farmacologia dos árabes, construiu hospitais em larga escala, desenvolveram o ensino médico nas universidades, as custas das epidemias surgidas que levaram a determinação de medidas de saúde pública, montando um novo cenário para a ciência moderna (ROBERTO, 1998; REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

O declínio da medicina e os inúmeros fatos que levaram ao adoecimento da população resultaram em epidemias, assim no final da Idade Média retoma-se a questão da causalidade das doenças. A idéia de que a doença era comunicável, ou seja, era contagiosa passou a ser um pensamento aceitável, os fatores físicos do ambiente adquirem importância para as causas da doença. Esta época de transição causou transformações em todos os aspectos da vida social e científica, embora ainda conturbados pelo clima inquisitivo medieval, os médicos tomados pelo espírito crítico e observacional, começaram a atribuir culpa aos miasmas – a atmosfera como meio de contágio influenciada por condições sanitárias ruins. Dá-se início a visão higienista que

permanecerá hegemônica até a descoberta da bactéria, na metade do século XIX (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001).

No período histórico compreendido como Renascimento (séc. XV e XVI) foram retomados estudos relativos aos cuidados com o corpo, e conseqüentemente, avanços nas manifestações artísticas, políticas, além da valorização do homem, da cultura física e da saúde. Isto fez com que o homem desta época iniciasse o interesse pela liberdade do seu mundo exterior. Havia uma preocupação não só com a saúde, mas com a manutenção das condições de saúde e beleza corporal, surge nesta época à ginástica médica (ROSEN, 1980).

A Medicina alcançou vãos satisfatórios por meio do surgimento da ciência moderna. A preocupação em realizar avaliações constantes, através de experiências, observações e rigorosos exames matemáticos, oportunizou a formulação de muitas teorias e fundamentos físico-químicos a respeito da vida.

Os estudos médicos, desta época estavam voltados para a compreensão do funcionamento do corpo humano e suas alterações anatômicas sofridas durante a doença. O objetivo era encontrar meio adequado para o tratamento das doenças de forma que a prática clínica ocupava-se em achar soluções no plano individual. Pode-se dizer que o método clínico, de caráter particularizado, encontrava-se em lugar de destaque, em detrimento dos fatores desencadeadores do adoecimento, pois estes se situavam no plano coletivo (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001).

Porém, os avanços científicos na descrição dos fenômenos biológicos, clínicos e até mesmo epidemiológicos careciam de explicações maiores, que relacionassem a saúde às questões políticas e sociais.

Os movimentos políticos e as transformações ocorridas na Europa nos séculos XVII e XVIII deram origem a uma série de teorias que se propuseram explicar os problemas de saúde das populações. Durante o Iluminismo a utilidade da razão para o progresso social, contava com a opinião pública informada, principalmente no tocante a ciência e a medicina, caracterizando uma visão higienista do processo saúde-doença. Esta iniciativa visava entre outras coisas legitimar as ações do Estado. O Estado como controlador dos índices de saúde por meio de uma aritmética política. Na qual a consciência da necessidade de intervenção do governo na saúde pública se desenvolveu de modo sistemático disciplinando a chamada polícia médica. A saúde e a higiene configuravam assuntos altamente interessantes para a população. A intenção era interferir nas condições multifatoriais relacionadas ao adoecimento (CUTOLO, 2001).

Por outro lado, a crescente urbanização dos países europeus, do final do séc. XVIII viabilizou e consolidou o sistema fabril e como consequência do novo sistema de produção de bens e serviços surgiram as doenças decorrentes das condições de trabalho. Desta forma surgem espaços para a observação das condições de vida e trabalho do homem e sua relação com o aparecimento das doenças (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001).

A Industrialização, iniciada na Inglaterra, caracterizou-se como uma época de transformação social determinada pela produção em grande escala, mediante a utilização crescente de máquinas. O crescimento urbano desordenado e as condições inadequadas de trabalho geraram um aumento da morbimortalidade, causando um grande impacto político, cultural e social (ROSEN, 1980). Ao mesmo tempo em que trouxe, em longo prazo, grandes benefícios à humanidade, nunca as condições de saúde foram tão precárias e esquecidas como durante a Revolução Industrial.

A partir deste momento surge a idéia da medicina como ciência social numa perspectiva clara de articulação entre a saúde e os condicionantes sociais.

Virchow, em 1847 e Lewbscher redefinem a medicina social a partir do entendimento de que a origem da má saúde reside nos problemas sociais. A doença não é causada apenas por um fator, mas sim por uma determinação social, com aspectos culturais, antropológicos, históricos, políticos e econômicos. Neste sentido para promover a saúde e combater a doença medidas tanto sociais quanto médicas devem ser tomadas, visto que a saúde do povo é de responsabilidade da sociedade e do Estado (ROSEN, 1980 apud CUTOLO, 2001).

Os operários, acometidos por acidentes de trabalho, precisavam de tratamento, recuperação e reabilitação para retornarem o mais breve possível para seus postos de trabalhos, afinal, eram peças essenciais (força de trabalho) que garantiam a riqueza, o poder, o bem-estar e o lucro da classe dominante. Nesta época, a Fisioterapia começa a ser delineada como profissão, embora fosse exercido por médicos, enfermeiro, entre outros profissionais, tinha como foco de trabalho e estudo o tratamento e atendimento aos indivíduos lesados e doentes, praticando a assistência curativa, fato este que ao mesmo tempo em que consolidou o campo de atuação do fisioterapeuta, restringiu-o a cura e reabilitação (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999; ROBERTO, 1998; MELLO, 1989).

Com a derrota dos movimentos revolucionários ocorridos no século XIX, a Medicina social, praticamente, sofreu um retardo no seu desenvolvimento e a teoria da unicausalidade

retoma força e se revivifica. Enquanto se torna evidente o sofrimento da classe operária pelas más condições de vida e trabalho a que estavam submetidas, a ação do Estado apoiava-se em medidas sanitárias e legislações trabalhistas, desconsiderando a necessidade de transformação da organização social (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001).

As descobertas bacteriológicas realizadas por Pasteur, no final do século XIX, afastam definitivamente as causas sociais do adoecimento ao mesmo tempo em que atribuem a partículas externas (microorganismos vistos ao microscópio) o aparecimento das doenças, lançando uma nova perspectiva para o desenvolvimento científico da medicina. Os avanços científicos ocorridos descortinaram para a ciência médica uma perspectiva de intervenção inteiramente distinta do passado. A voga do empirismo, da tentativa e erro, passa a ser substituída pelo registro sistemático do método científico, memorável contribuição de Descartes à ciência. Nesse contexto de grandes descobertas científicas, observa-se intensa proliferação de práticas assistenciais, apoiadas pelo advento da tecnologia. (CUTOLO, 2001).

Certamente a contribuição da ciência na identificação de microrganismos que alteram a saúde da população, bem como as ações geradas pelo movimento sanitário levaram a uma diminuição das taxas de mortalidade e morbidade, aumentando, inclusive a expectativa de vida das pessoas. No entanto, novas situações vêm despertando inquietação nas pessoas que se preocupam com a saúde da população, pois esta visão cartesiana, baseada em evidências científicas que aponta para o tecnicismo e a fragmentação do ser humano não é suficiente para dar respostas conclusivas ou satisfatórias ao processo saúde-doença.

Por meio desta retrospectiva histórica, percebe-se a influência que a Fisioterapia sofreu no que diz respeito ao seu objeto de trabalho e de estudo, determinando formas de atuação voltadas, em sua grande maioria, para a cura, tratamento, recuperação e reabilitação do indivíduo. Tendo como objetivo maior reintegrá-lo à sociedade como ser produtivo e independente nas atividades da vida diária.

O próprio nome atribuído à profissão (Fisioterapia), aponta para a atuação terapêutica por meio do movimento (cinesioterapia), da eletricidade (eletroterapia), do calor (termoterapia), do frio (crioterapia), da massagem (massoterapia) (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

2.2 Fisioterapia como profissão

As mudanças na área da saúde, o aumento do número e variedade de casos de poliomielite, dos seqüelados das grandes guerras mundiais, da complexidade em ciência e tecnologia e a necessidade de abrir o leque das profissões, delegando funções e atribuições determinadas a outros profissionais da equipe da saúde, foram fatores determinantes para o surgimento dos primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo. As primeiras escolas surgiram na Alemanha em 1902 e 1918 em Kiel e Dresden respectivamente (BARROS, 2003).

A utilização de recursos físicos e manuais foi introduzida no Brasil a partir de 1879 (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999). Por volta de 1808, a partir da formação dos primeiros médicos brasileiros e de suas viagens à Europa, começaram a surgir os primeiros serviços de Fisioterapia executados e altamente acreditados pelos médicos da época. A fisioterapia brasileira do final do século XIX e início do Séc. XX adquiriu grande importância no meio médico gerando inclusive, disputas pelo conhecimento e domínio daquela ciência que, através da hidroterapia e da eletricidade médica, alcançavam sucesso na cura de muitas doenças (BARROS, 2003).

Influenciadas pelas grandes descobertas científicas, da época, sobretudo na Europa, as práticas assistenciais tiveram intensa proliferação, apoiadas pelo advento da tecnologia, que mais tarde deram origem a um processo de contenção regulamentada do ensino.

Em 1929, o médico Waldo Rolim de Moraes havia criado o serviço de fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, para dar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. Mais tarde fundou o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas e em 1951 foi criado um curso para a formação de técnicos em fisioterapia, que durou até 1956. A partir de 1959 houve modificações e com duração de dois anos o curso passou a formar fisioterapeutas que atuassem em reabilitação (SANCHEZ, 1984 apud REBELATTO E BOTOMÉ, 1999).

No ano de 1963 o Conselho Federal de Educação emitiu o parecer 388/ 63, um dos primeiros documentos que definem a ocupação e os limites de trabalho da Fisioterapia. Este determina que o fisioterapeuta executa técnicas e exercícios recomendados e orientados pelo médico, com o objetivo de conduzir à cura ou recuperação do organismo, porém não sendo apto a realizar diagnósticos da doença ou da deficiência a ser corrigida. Desta maneira, é definido pelo

parecer, que o fisioterapeuta é um técnico, e as atividades desempenhadas por ele são de responsabilidade médica.

Conforme portaria 511/64 do Conselho Federal de Educação, em 1964, foi estabelecido o primeiro currículo mínimo para a formação de Técnicos em Fisioterapia. O tempo de duração fora aumentado para 3 anos, e o curso era composto pelas matérias: Fundamentos da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada.

Alguns anos depois, a Reitoria da USP regulamentou os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional que eram realizados no Instituto de Reabilitação em 1967. Nesta época os cursos eram ministrados e supervisionados por suecos e mais tarde por escoceses e canadenses. Porém, mesmo tendo aumentado o tempo de duração do curso para três anos o profissional formado deveria ser de nível universitário, mas, como um auxiliar do médico, limitado à execução do tratamento prescrito por aquele. Somente em 13 de outubro de 1969, após o Presidente Costa e Silva ter sofrido um Acidente Vascular Encefálico grave, e ter sido atendido por fisioterapeutas, é que foi concedido por decreto-lei aos fisioterapeutas o devido reconhecimento como profissional de nível superior ao mesmo tempo em que define como atividade privativa destes a execução de métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (BARROS, 2003).

Outro documento que faz parte do processo de definição da profissão é o Decreto-lei nº 938/69, de 13 de Outubro de 1969, que define a atividade profissional da Fisioterapia. O Decreto enfatiza que o fisioterapeuta é um profissional de nível superior capaz de executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com o objetivo de desenvolver, conservar e restaurar a capacidade física do paciente. Este mesmo dispositivo aponta as atividades específicas que poderão ser desenvolvidas por ele, como: cargos de direção em estabelecimentos públicos e particulares, ou assessorá-los tecnicamente; exercer o magistério no ensino médio e superior, nas disciplinas de educação básica ou profissional; além de supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos (COFFITO, 1969).

No que se refere ao ensino brasileiro de Fisioterapia, podemos dizer que este seguiu a mesma padronização curricular dos demais cursos de graduação da área da saúde, ou seja, sofreu influência direta do modelo biomédico desenvolvido nos Estados Unidos da América por

Abraham Flexner, publicado em 1910 e aplicado integralmente nas escolas de formação médica brasileira na década de 50.

O Relatório Flexner tinha como propósito realizar um estudo sobre a educação médica americana contemplando um grande número de temas, desde os aspectos mais específicos da educação (como a integração entre ensino básico e clínico, a importância da pesquisa para o ensino, a organização departamental e de hospitais de ensino), passando pela questão da participação feminina no trabalho médico, até a discussão sobre a inclusão de minorias na assistência médica. A enorme força que teve esse Relatório fez com que ele, influenciasse não apenas a formação, mas também a prática médica, tanto naquele país como em todo o mundo. Consolidou-se, então, o paradigma da medicina científica, que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX, chamado modelo Biomédico. A segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades, a prática individualizada medicalizante e hospitalocêntrica, são algumas das características herdadas e ainda hoje desenvolvidas na educação superior da área da saúde (CUTOLO, 2001).

Em 17/12/1975, a Lei 6316, deu origem ao Conselho Regional e Federal dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, respectivamente, CREFITO e COFFITO. Estes órgãos possuem caráter normativo, supervisor e fiscalizador do exercício destas profissões, possuindo o dever legal e função social de manter o controle ético e científico dos serviços ou atendimentos praticados pela Fisioterapia e Terapia Ocupacional. A lei também se refere às atividades e locais de trabalho destes profissionais, como: exercer a profissão na administração pública direta ou indireta, estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches, asilos ou exercícios de cargo, função ou emprego de assessoramento chefia ou direção; e para pleitear vagas para emprego, será exigida a condição essencial de apresentação da Carteira Profissional de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional (D.O.U. n. 242, 1975, p. 16805 -16807).

A Resolução nº 10 do COFFITO de 03 de Julho de 1978 criou o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, determinando que estes profissionais prestam assistência ao homem nos três níveis de atenção a saúde: promoção, tratamento e recuperação. O fisioterapeuta tem como dever utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos que estiverem ao seu alcance para minimizar ou prevenir o sofrimento do ser humano e evitar seu

extermínio, deve também participar dos Programas de Assistência à Comunidade em âmbito nacional e internacional (COFFITO, 1978).

Ao mesmo tempo em que o poder público conferia competências ao profissional de fisioterapia os avanços na área educacional e tecnológica exigiam incorporação de conhecimentos e conseqüentemente aumento no tempo de capacitação. Então, em 1983, o Conselho Federal de Educação, através da resolução nº 04 de 28 de fevereiro de 1983, edita o currículo mínimo para a Fisioterapia com 4 anos letivos. O conteúdo foi dividido em 4 ciclos, composto pelas seguintes matérias: a) biológicas, b) de formação geral; c) pré-profissionalizantes e d) profissionalizantes. Esse currículo mínimo vigorou até 1996, quando o MEC através da LDB (Lei de Diretrizes e Bases) estabeleceu novas regras, dando autonomia para as universidades elaborarem seus currículos.

A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação conhecida como LDB 9394/96, estabelece Diretrizes Gerais para a educação no Brasil, flexibilizando os currículos. Em dezembro de 1997, a Secretaria de Ensino Superior do MEC convocou as Instituições de Ensino Superior (IES), para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. Durante os anos de 1998 e 1999, as entidades de classe e governamentais (COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, CREFITOS – Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados, foram convocados para debater e propor ao MEC as diretrizes gerais que deveriam nortear o ensino da Fisioterapia no Brasil. O resultado desses debates culminou na sistematização das propostas feitas por fisioterapeutas, que compuseram uma Comissão de Especialistas de Ensino, nomeada pelo MEC. Essas diretrizes gerais receberam novas sugestões e críticas da comunidade e foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação. Por ter mobilizado uma ampla parcela da comunidade interessada, o MEC esperava conferir legitimidade ao processo.

As especialidades em Fisioterapia se fizeram necessárias devido à evolução acadêmica, científica e social do fisioterapeuta, que lhe cobraram aprofundamento de seu conhecimento nas mais diversas áreas específicas da assistência fisioterápica, exigindo maior resolutividade frente às necessidades da população atendida.

Desde 1985 o fisioterapeuta está apto a aplicar, de maneira complementar, os princípios, os métodos e as técnicas da acupuntura. Porém, somente quinze anos depois, em 2000, esta

prática foi definida como especialidade fisioterapêutica, pelos efeitos positivos e éticos que legitimaram e justificaram este parecer (COFFITO, 1985).

Em 09 de maio de 1987 o presidente do COFFITO baixa atos complementares através da Resolução 80 e define como sendo competências do fisioterapeuta:

[...] elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas. O FISIOTERAPEUTA deve reavaliar sistematicamente o paciente, para fins de reajuste ou alterações das condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as à dinâmica da metodologia adotada.

Cita ainda no art. 3º que:

[...] o FISIOTERAPEUTA é profissional competente para buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da Equipe de Saúde, através de solicitação de laudos técnicos especializados, como resultados dos exames complementares, a eles inerentes (COFFITO, 1987, p. 115).

Em 1998, os profissionais fisioterapeutas foram qualificados como especialistas nas áreas neuro-funcional, através de uma assistência profissional voltada para os cuidados em distúrbios cinéticos-funcionais, e pneumo-funcional, para os portadores de distúrbios funcionais intercorrentes dos processos sinérgicos respiratórios (COFFITO, 1998).

A Osteopatia e Quiropraxia também são reconhecidas como especialidades do fisioterapeuta, já que estas práticas estão fundamentadas em ações manipulativas e de ajustamento ósteomioarticular, diagnóstico e terapêutico. Estas, juntamente com Neuro e Pneumo-funcional são especialidades próprias e exclusivas do fisioterapeuta (COFFITO, 2001).

Recentemente, em 18 de dezembro de 2003 o plenário do COFFITO através da Resolução no. 259 dispôs sobre a Fisioterapia do Trabalho considerando que o Fisioterapeuta está

qualificado e legalmente habilitado para contribuir com ações para prevenção, promoção e restauração da saúde do trabalhador. E em seguida, em 11 de fevereiro de 2004 fica reconhecida a Fisioterapia Traumato-Ortopédica Funcional como especialidade própria e exclusiva do Fisioterapeuta, quer por meio de formação acadêmica ou de experiência profissional devidamente comprovada (D.O.U., 2004, p.63).

Acompanhando a trajetória histórica do profissional fisioterapeuta percebe-se a incorporação das competências ao longo dos tempos. Porém, o que vemos até aqui é a formação de um profissional altamente especializado, centrado no modelo curativo e fragmentado, fruto das raízes históricas da profissão e da influência direta do modelo hegemônico assistencial no qual as ações eram voltadas quase que exclusivamente para o atendimento individual, tendo a doença como enfoque principal. De outro lado vemos emanar do seio da sociedade a necessidade de um profissional pleno, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com visão ampla e global do indivíduo e da coletividade.

Esta mudança de paradigma reflete a crise contemporânea em que se encontra a sociedade. Crise esta traduzida pelo empobrecimento das inter-relações, os relacionamentos entre as pessoas são cada vez mais rápidos e menos profundos, conseqüências de um mundo globalizado. Desta forma o contato entre profissionais da saúde e comunidade necessita de uma nova ótica, sob pena de distanciamento entre os sujeitos sociais se os profissionais se contentarem apenas com o conhecimento rigorosamente técnico.

Somente a técnica apurada já não é capaz de responder de forma eficiente o conceito positivo de saúde, importa em dimensão maior do ponto de vista do profissional. Mas como pode esta fazer frente à nova demanda advinda da modernidade?

Parece simples, no entanto de difícil aplicação. Este novo perfil profissional precisa ser construído no convívio interdisciplinar, estabelecer novas fronteiras do conhecimento, transitar por todos os setores que visem contemplar as relações entre saúde, ambiente e desenvolvimento permeados pela ética da responsabilidade. Para que o homem possa reconstruir constantemente o saber, o fazer e o ser. Só assim poderá estabelecer com a comunidade uma nova relação que supere a lógica flexneriana e enxergue o ser de forma integral e não somente na doença, visto que para Arendt apud Rolim, 1994, p.34: “A época moderna, com sua crescente alienação do mundo, conduziu a uma situação em que o homem, onde quer que vá, encontra apenas a si mesmo”.

Atendendo as necessidades da população e, tendo o Ministério da Saúde constatado a falta de articulação entre a formação acadêmica e à capacitação de recursos humanos para o SUS, resolve o Ministro da Educação, em 19 de fevereiro de 2002 instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Neste contexto, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados e sobre esta base estão fundamentadas as Diretrizes Curriculares Nacionais.

As competências gerais propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais são de: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento e educação permanente. O desenvolvimento destas competências visa à formação de recursos humanos com perfis imprescindíveis à consolidação do SUS.

As Diretrizes Curriculares propõem levar os alunos dos cursos de graduação em fisioterapia a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (DELORS, 1998).

Pode-se dizer que a noção de competências sucede à qualificação, como conceito organizador dos processos de trabalho, pois exige dos profissionais de saúde capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, de forma ativa na resolução de problemas e enfrentamento de situações de imprevisibilidade em um determinado momento e contexto cultural. Portanto, as competências não devem ser abordadas como uma lógica tecnocrática de elaboração de um marco normativo ou de uma lista de atividades a cumprir, mas sim como a oportunidade de gerar debates e transformações na comunidade (ALMEIDA e WITT, 2003).

Neste sentido o que se espera do profissional fisioterapeuta é que esteja inserido nas discussões referentes às práticas sociais em saúde e apto a atuar com eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária.

2.3 Fisioterapia na UNIVALI

Em Santa Catarina as escolas de Fisioterapia são relativamente jovens. O curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí (SC) – UNIVALI, implantado em 1996 e reconhecido pelo MEC em setembro de 2000 possui até o presente momento 8 turmas formadas com um número aproximado de 240 egressos. Com característica marcadamente biologicista e especializada o curso encontra-se com dois currículos em andamento. Seu Projeto Político Pedagógico está fundamentado nas Diretrizes Nacionais Curriculares e tem por objetivo a formação do egresso com um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde de maneira eficiente, contribuindo para o bem estar e melhoramento da qualidade de vida do indivíduo e da coletividade.

2.4 A Formação do Fisioterapeuta

O Sistema de Saúde brasileiro requer do egresso a evidência de uma série de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), tais como: atenção à saúde que inclui aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; tomada de decisões que visem o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de equipamentos, de procedimentos e de práticas; comunicação, devendo ser acessíveis e mantendo a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral; e liderança, no trabalho em equipe multiprofissional - os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade; administração e gerenciamento - devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma devem estar preparados para serem empreendedores, gestores, empregadores ou ocuparem posições de liderança na equipe de saúde; praticarem a educação permanente devendo aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

2.5 A Fisioterapia e o SUS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos inspirados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país, que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde espaço propício para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Desse modo, a saúde passou a ter um expressivo reconhecimento e inserção na Constituição Federal promulgada em outubro de 1988, destacando-se como um componente da Seguridade social, no qual as características dos serviços e as ações de saúde configuram como elemento fundamental e de relevância pública expresso no artigo 196, segundo o qual “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004).

Mesmo tendo o país uma política claramente definida constitucionalmente, a natureza, a complexidade e a abrangência dessas mudanças esbarraram em dificuldades e incompetência administrativas de um governo pouco comprometido com os objetivos da Reforma Sanitária. Por esse motivo a regulamentação do SUS só foi estabelecida no final de 1990, pelas leis 8.080 e 8.142, organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, com atendimento integral e a participação da comunidade, pautado em princípios organizativos e doutrinários, a partir da construção de um modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, regionalizado com base municipal e controle social (ALMEIDA, 1998).

A Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser baseado nos princípios de: Integralidade, Universalidade, Equidade, Resolutividade, Intersetorialidade, Acesso, Humanização, Territorialização, Regionalização, Hierarquização e Controle Social. Busca garantir a implementação de propostas que modifiquem os modelos de atenção centrados na doença e no hospital, bem como a satisfação dos usuários através da melhoria dos serviços. Compreende um conjunto de ações, de caráter individual/coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (SOUZA E SAMPAIO, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como alternativa para organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS. Para este estudo delimitaremos a abrangência da atenção básica através dos conceitos de promoção e educação em saúde da família focalizada pelo SUS e pela sua estratégia de maior abrangência, o PSF.

Segundo Souza e Sampaio (2002, p.13) a atenção básica configura como porta de entrada de um sistema de saúde e foi definida pela OMS em 1978, na Conferência de Alma-Ata como "uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade". Menciona, ainda a classificação utilizada por outros autores como sendo uma estratégia organizadora definida por princípios e diretrizes que proporcionem atenção generalizada, não restrita a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada, com trabalho em equipe; centrada na pessoa e não na enfermidade; orientada a família e a comunidade; coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário em todos os níveis de atenção.

O Programa/Estratégia de Saúde da Família está centrado nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua. Instituído oficialmente a partir de 1994 (ano definido pela Organização das Nações Unidas – ONU, como Ano Internacional da Família) propõe uma reorganização dos sistemas de saúde, dando maior ênfase à promoção da saúde dos indivíduos na sua comunidade, com ações de nível primário de atenção; porém, não deve ser visto como atividade tipicamente rural ou voltada exclusivamente para a pobreza; é para o Brasil inteiro, conforme já afirmou Serra, então Ministro da Saúde, durante o I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Foi durante este evento também, que o conferencista Adib Jatene relatou que tentativas de mudar o modelo vêm sendo implementadas desde 1978, quando a Organização Mundial da Saúde explicitou o slogan “Saúde para Todos no Ano 2000” e deu ênfase ao atendimento primário (BRASIL, 1999).

Busca-se avançar na consolidação do sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas.

Porém é necessário que se reflita sobre a contradição do ensino enquanto núcleo formador de recursos humanos e a expectativa gerada pelo Ministério da Saúde enquanto núcleo de atenção (SUS).

Segundo Aurélio (2002), formar significa dar forma à (algo), educar, construir, concluir curso universitário, etc. No contexto aqui proposto, a formação do fisioterapeuta relaciona-se com o processo educativo formal realizado no âmbito universitário que qualifica pessoas para exercerem atividades específicas no processo de trabalho em saúde.

É importante neste momento que se faça um breve resgate dos modelos de atenção à saúde e a inserção do profissional de fisioterapia nos diferentes estágios.

Os modelos de atenção podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas para intervir nos problemas de saúde da população sejam estes individuais ou coletivos. Desse modo, podemos observar a convivência de dois modelos no Brasil, que se contrapõe e se complementam: o modelo médico-assistencial privativista e o modelo assistencial "sanitarista" (PAIM, 2003).

O modelo médico-assistencial privativista ainda hegemônico, guarda dependência entre o indivíduo a ser assistido e o profissional, detentor do conhecimento, numa relação clara de poder e status. Tem como característica o atendimento individual, curativo, fragmentado baseado na doença e conseqüentemente na demanda "espontânea" (PAIM, 2003). Este modelo dominante, focalizado nas "partes", que não considera o homem no seu habitat familiar e social e espera o seu adoecimento para intervir, está presente na fisioterapia liberal, nos serviços de saúde públicos e privados, assim como em outros segmentos profissionais.

No caso da fisioterapia é preciso considerar o impacto que causa na saúde da população, a falta deste profissional na atenção primária, visto que aquela só se beneficiará dos conhecimentos deste profissional quando as seqüelas da doença já estiverem instaladas. O próprio acesso aos serviços de fisioterapia está restrito aos que de alguma forma podem subsidiar seu tratamento ou de forma singular contam com subsídios municipais isolados, uma vez que o reconhecimento e a incorporação deste profissional de forma oficial no SUS ainda não foi contemplado.

O modelo médico assistencial "sanitarista", representante da Saúde Pública, tem como característica o enfrentamento dos problemas de saúde da população através de campanhas sanitárias e programas especiais voltados a grupos específicos (PAIM, 2003).

A fisioterapia praticamente não teve participação neste modelo. Provavelmente pela falta de articulação política, desta categoria, nos movimentos sanitaristas, reflexo de sua formação reabilitadora. Sua intervenção nas campanhas sanitárias ficou restrita a poucas experiências isoladas de cunho acadêmico (VÉRAS, 2004).

Considerando o modelo plural vigente, preconizado pelo SUS, que leva em consideração o conceito ampliado de saúde, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e como foco a atenção básica em saúde, não apenas o indivíduo, mas a família e o território, me preocupa a realidade do perfil dos profissionais atuante no mercado de trabalho, considerando sua formação.

Como tentativa de superação desta contradição em 2003, foram criados pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde os Pólos de Educação Permanente:

[...]100 Pólos de Educação Permanente. Considerado a principal estratégia para a implementação da política de formação e desenvolvimento para o fortalecimento do trabalho no SUS. A proposta em desenvolvimento possibilita a articulação entre gestores do SUS e instituições formadoras para adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema. A falta de profissionais com perfil adequado têm sido, ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS (BRASIL, 2003, p.9).

Vencer barreiras, conflito de interesses e concepções entre o hegemônico e o inovador sem dúvida representa um grande desafio a ser enfrentado não só pelo Sistema público, mas sobre tudo pelas universidades que deverão rever seu papel na formação, através de mudança de currículos, bem como a capacitação de professores. Segundo Cutolo (2001), os professores exercem grande influência na formação acadêmica, visto que muitas vezes representam modelos de identificação, seja pelo conhecimento aprofundado em área específica ou pela posição social e econômica que ocupam. Produto de uma educação flexneriana e tecnicista educam os futuros profissionais exclusivamente para as especialidades.

Desta forma é fundamental o investimento nas discussões pedagógicas ampliando o horizonte didático que inclua nos planos educacionais a atenção primária em saúde.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

3 MARCO TEÓRICO

Competências para Atenção Básica em Saúde através da promoção e educação em saúde da família.

O marco teórico está alicerçado nos conceitos de Competência, Atenção Básica em Saúde, Promoção, Educação em Saúde e Saúde da Família e tem como objetivo guiar e fundamentar este estudo.

3.1 Competências: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes.

O conceito de competências configura na literatura como sendo de caráter polissêmico, caracterizado pela ausência de consenso em torno de uma única definição.

A noção de competência mais utilizada tem sido aquela que considera como sendo “a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, através de conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (PERRENOUD, 1999, p. 8). De forma que a capacidade de enfrentamento de uma determinada situação depende da integração de vários recursos cognitivos complementares, entre eles do conhecimento.

O termo competência pode também ser entendido como a capacidade do indivíduo em articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes na busca de resoluções de problemas ou enfrentamento de situação específica de trabalho num determinado contexto. O exercício da competência passa pela mobilização de operações mentais complexas desencadeadas por situações momentâneas que nos levam a identificar de modo mais ou menos eficaz de que forma agir, podendo ou não ser repetida em situação análoga (PERRENOUD, 2000; LAZZAROTTO, 2001). As habilidades se ligam a atributos relacionados não apenas ao saber-conhecer, mas ao saber-fazer, saber-conviver e ao saber-ser. Já as atitudes estão relacionadas à reação comportamental de cada um frente a um fato, produto ou situação.

As competências provêm da reflexão sobre a realidade do mundo do trabalho. A formação para o trabalho é uma mistura entre educação, experiência profissional e formação

específica adquirida ao longo da vida. Assim, a aquisição de competências é um longo processo que demonstra a capacidade de desempenho em situações específicas.

Saupe (1979, p.144) diz que:

[...] a base de sustentação das competências dos profissionais de saúde são as políticas de saúde e a realidade social (o contexto de sua ação). A formação intelectual inclui o desenvolvimento do senso crítico, o exercício do pensar, perceber, refletir, imaginar, criar, investigar, buscar soluções e compartilhar, bem como a aquisição de conhecimentos científicos básicos. Estes conhecimentos são operacionalizados através da prática de assistir, cuidar, administrar, ensinar e pesquisar, passando antes pela humanização das relações, que devem ser cordiais, participativas, cooperativas e dialógicas. O círculo de desenvolvimento do profissional competente expande-se no sentido pessoal, através da busca do conhecimento como processo contínuo e exercício da cidadania; no sentido profissional, na busca do reconhecimento e postura autônoma, participativa e interdisciplinar na equipe; no sentido educativo, procurando desenvolver um processo orientado para a conscientização (reflexão – ação); e, no sentido político, que orienta para que o profissional seja um agente de influência nas políticas de saúde, nos órgãos de classe e nas demais organizações da sociedade, contribuindo para a construção da cidadania coletiva.

Estes novos requisitos e atributos de qualificação profissional fazem parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar respostas às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais orientam para construção de perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária. (MEC/CNE, 200, p 4). Assim determinam as seguintes competências para graduação em fisioterapia:

- I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os

profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os

profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

3.2 Atenção Básica em Saúde

O conceito de saúde vem sendo alvo de reflexões e mudanças desde o movimento da Reforma Sanitária. A atenção básica foi escolhida como estratégia para a contemplação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) visando resgatar a integralidade no cuidado da saúde do cidadão, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, assim como diminuir os custos relacionados com tratamento de doenças que podem ser evitadas (CAMPOS e AGUIAR, 2002).

A atenção básica está colocada como prioritária no processo de reorganização e regionalização do sistema nacional de saúde e pode ser definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999). Apresenta-se como o primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema de saúde.

As ações de atenção básica buscam garantir a implementação de propostas que modifiquem os modelos de atenção centrados na doença, proporcionando maior acesso à população através da equidade em um sistema de saúde integral e de qualidade.

3.3 Promoção da Saúde

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945, por Henry Sigerist, sendo considerado como uma das quatro principais áreas da medicina. Sigerist afirmou que: “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (OPS, 1996, p. 37).

Em 1978, na Rússia, foi realizada a Conferência Internacional de Alma-Ata que estabeleceu “Saúde para Todos no ano 2000”, através da atenção primária de saúde, tendo alcançado destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa (Ministério da Saúde, 2001).

A Carta de Ottawa (Canadá, 1986) documento oficial que institucionalizou o modelo canadense definiu promoção de saúde como um processo que consiste em proporcionar ao povo os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre ela. Os principais elementos discursivos do movimento da Promoção da Saúde foram: integração da saúde como parte de políticas públicas “saudáveis”; atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde; e ênfase na mudança dos estilos de vida (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

A promoção da saúde transcende a idéia de formas de vida sãs, para incluir as condições e requisitos para a saúde que são: a paz, a vida, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (BRASIL, 2001).

Neste sentido permite as seguintes reflexões sobre a concepção de Promoção da Saúde:

- vai além da assistência sanitária, requerendo atuação de qualquer político em qualquer área governamental;
- atua sobre os determinantes das enfermidades;
- reforça a ação e organização comunitária, utilizando vários enfoques o que inclui educação e informação, desenvolvimento de habilidades e ações legais de defesa da saúde, e isso implica que os profissionais da saúde devem aprender novas maneiras de trabalho baseadas mais na abordagem em trabalhar com elas e para elas, do que sobre elas;
- busca uma renovação teórica - metodológica que incorpora o diálogo do processo ensino-aprendizagem onde o educador passa a ter o papel de mediador da relação sujeito e conhecimento no cotidiano das praticas de saúde;
- precede de uma percepção mais ampla do processo de produção da saúde/doença/intervenção, passando a ser entendida no contexto de seus determinantes sócio-históricos como também de auto-reconhecimento e da potencialidade das capacidades individuais e grupais;
- amplia o campo de atuação, visto que a educação em saúde se daria em todas as dimensões e ações cotidianas dos profissionais de saúde;

– auxilia na construção da autonomia dos sujeitos, entendendo suas possibilidades e limites, como agentes da superação de restrições definidas a partir de uma lógica estritamente coletiva, quanto da exacerbação da vontade individual e da eliminação da objetividade, visto que a promoção da saúde depende particularmente da participação da comunidade (ASHTON, 1987; SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Pode-se dizer que promover é educar, informar, conscientizar, participar buscando formas alternativas de melhorar e contribuir nos vários níveis de atenção à saúde, política e socialmente, num esforço coletivo de cidadania na assistência integral aos usuários dos sistemas de saúde no Brasil.

3.4 Educação em Saúde

As primeiras práticas de educação em saúde no Brasil aconteceram no final do século XIX e início do século XX e foram marcadas por um discurso e ação normatizadora visando, principalmente o combate de epidemias. A economia brasileira se assentava na exportação de produtos agrícolas, notadamente o café como principal produto. Portanto, era de fundamental importância o controle das doenças que ameaçavam a balança comercial, como a varíola, a peste e a febre amarela, e o saneamento dos espaços de circulação da mercadoria (principalmente os portos). As políticas do Estado estavam apoiadas na doutrina higienista, numa perspectiva hierárquica e autoritária, em que o indivíduo deveria adequar-se as prescrições da Educação em Saúde, independente da vontade individual ou familiar (SMEKE e OLIVEIRA, 2001). Os técnicos e os burocratas estatais se consideravam detentores do conhecimento e viam a população como ignorantes e incapazes de iniciativas criativas, justificando assim a imposição de normas e medidas de saneamento que deveriam ser incorporado e aplicados por ela (VASCONCELOS, 2001).

O surgimento da classe operária, a partir de 1930, decorrente da urbanização deslocou o foco de atenção estatal para a construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores mais organizados, da mesma forma que marcou a expansão da assistência médica individual em detrimento das ações de saúde de caráter coletivo. As atividades de educação em saúde limitaram-se ao atendimento de grupos populacionais específicos incrementadas pelo advento das técnicas de difusão e informação fortalecendo a medicina preventivista. A prática

sanitarista, embora em menor escala, mantinha o combate das doenças infecciosas e parasitárias de forma breve e marginal¹ (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001; VASCONCELOS, 2001).

Desenvolvida desta forma a educação em saúde ficou reduzida a objeto de opressão e dominação das massas.

Paulo Freire (1987, 34), em sua obra intitulada *Pedagogia do oprimido* faz uma analogia entre este tipo de educação, a qual chama de educação "bancária", e o ato de transferir ou depositar valores ou conhecimentos à sociedade, no qual o educador é o sujeito do processo e os educandos meros objetos de recepção. Nesta ótica

[...] o educador é aquele que sabe, enquanto os educandos não sabem; é aquele que diz a palavra, enquanto os educandos escutam; é aquele que opta e prescreve a opção, enquanto os educandos seguem a prescrição; é aquele que escolhe os conteúdos programáticos, enquanto os educandos se acomodam; é aquele que diz a palavra, enquanto os educandos escutam docilmente.

Dentro desta concepção os homens são vistos como seres de adaptação, moldados às condições do meio, na medida em que quanto mais se sobrepõem as informações, menos desenvolvem em si a consciência crítica e transformadora. Quanto mais passivos, mais ingênuos e acomodados à realidade manipulada. O processo de criação encontra-se neutralizado; alheio às questões sociais a população têm a oportunidade de exercer seu senso crítico reduzido, satisfazendo o interesse dos opressores (FREIRE, 1987).

A Revolução de 1964 refletiu na saúde com uma estrutura que, de resto servia para todo o país. Os militares preocupados em primeiro lugar com a dominação ideológica e em segundo lugar com a economia, pouca atenção deram a questão da saúde. Mais do que isto viam com bons olhos o avanço da mercantilização desta área, principalmente pela expansão dos serviços médicos privados. Os movimentos sociais, por outro lado, se organizavam como podiam e tendo a igreja católica como aliada, estabeleciam um novo lócus de resistência. Os intelectuais, por sua vez também procuravam novas áreas de resistência. É nesta nova dialética, sociedade e intelectualidade que as idéias do educador Paulo Freire se inserem, buscando engajamento participativo nas discussões populares. A insatisfação dos intelectuais da saúde e as necessidades da população construíram um espaço privilegiado de discussões que representaram ruptura com a

¹ Ação em que os atores sociais estão à margem, "fora de", meros receptores das informações (FREIRE, 1987).

forma até então predominante dos profissionais da saúde, de relacionamento autoritário e normalizador com a população (VASCONCELOS, 2001).

Para Freire (1987), a ação educadora deve se apoiar na comunicação e no diálogo, numa perspectiva democrática e libertadora, na qual as transformações geradas pela participação possam tornar as pessoas mais ativas e críticas da própria realidade. Afirma ainda que “sem o diálogo não há comunicação e sem esta não há a verdadeira educação”. Educação em Saúde pode ser definida segundo Pereira (1993 apud Smeke e Oliveira, 2001) como: “um conjunto de saberes e práticas diversas, mais ou menos formalizadas, oficiais ou não, que se dão no interior do setor saúde”.

Atualmente a Educação em Saúde tem o papel de promover uma decisão informada a população sobre os riscos a saúde a que estão expostos, considerando seus hábitos de vida e delegando a estes toda a responsabilidade, na intenção de mudança dos comportamentos de riscos. Porém, a forma simplista centrada em práticas educativas, tratados na exterioridade dos problemas de saúde, poderá comprometer os resultados. As opções, os desejos, as necessidades, os estilos de vida, as crenças e valores, muitas vezes causas dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista político, econômico e cultural.

Neste sentido, a educação em saúde passa a ser o elo integrador entre o saber técnico e o saber popular marcado por uma colaboração mútua que atinge e reorienta a diversidade de práticas realizadas nos serviços de saúde. Mais do que um componente da atenção primária a saúde, exerce função de encorajamento e apoio para que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2001).

Para Stotz (1993 apud Smeke, 2001), os indivíduos deveriam ser levados a ter uma compreensão genuína da situação em que vivem. A partir do compartilhar e explorar as crenças e os valores e da discussão de suas implicações práticas, assim é possível que reformulem as informações que tinham antes, assumindo, eventualmente, uma atuação na sociedade, disseminando os conhecimentos desenvolvidos.

O papel do educador em saúde seria mais o de ajudar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, mais de questionar do que de discursar, mais de assessorar do que de decidir, contribuindo assim para o crescimento do grupo no tocante a solidariedade, autonomia e consciência.

3.5 Saúde da Família

O termo família apresenta diferentes conceitos e significados dependendo da época, situação, cultura, circunstâncias de vida e contexto no qual as pessoas estão inseridas. Segundo Rodrigues et al (2000), pode ser definida como um grupo de indivíduos ligados por laços emotivos profundos, ou sentimentos próprios levando-os a se identificarem como membros da família, no qual o sistema de interação vivido entre os membros e o seu *locus* de convivência influencia e é influenciado pelo comportamento de cada membro da família.

Elsen (1994), se refere à família saudável como sendo aquela que se auto-estima positivamente, seus membros compartilham crenças, valores e conhecimentos. Enfrenta crises, conflitos e contradições, da mesma forma que possui abertura para pedir e oferecer apoio mútuo.

Entre os vários tipos de configurações familiares, Patrício (apud Rodrigues et al, 2000), classifica a família brasileira como sendo predominantemente nuclear, ou seja, composta pelo pai, mãe e filhos. Os papéis e as tarefas estão bem definidas, considerando a situação e região em que vivem.

Focalizar a família como objeto de investigação e intervenção, na concepção de Costa e Lopez (apud Oliveira e Bastos, 2000), em saúde requer, como ponto de partida, conhecer seus modos de organização e funcionamento, nos aspectos mais cotidianos de sua existência. É nesse contexto que faz sentido compreender o sistema familiar individual e social e sua inter-relação com o processo saúde-doença, assim como seus valores, costumes e crenças nos diferentes pontos do ciclo de vida. Segundo Oliveira e Bastos, 2000, p.97:

As famílias diferenciam-se entre si em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. Ao ocupar espaços socialmente diversos, estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, transmitindo concepções e cultura.

Segundo Wrigth e Leahey (2002), os profissionais de saúde tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, desde que o façam com respeito e responsabilidade, estabelecendo metodologias confiáveis de avaliação e intervenção familiares. Acreditam ainda que a forma mais apropriada para promover a saúde da família é aquela que inclui a família, de forma interacionista, no processo saúde-doença-cuidado.

Desta forma, o modelo de assistência à saúde, o acesso ao serviço e a resolutividade, associados ao trabalho de equipe que estimule o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias, contribui para que as pessoas se sintam co-responsáveis pela busca ativa da solução para os seus problemas e, tanto quanto possível, consigam compartilhar suas experiências e decisões nas associações e grupos comunitários dos quais fazem parte (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

O avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde seja ela preventiva ou de promoção, assim como a mudança no modelo de atenção à saúde só será possível a partir da participação ativa da população, visto que esta pode apontar problemas e soluções que atendam às suas demandas mais diretamente (ANDRADE e VAITSMAN, 2002).

Neste aspecto, a implantação da estratégia de Saúde da Família traz um novo paradigma para a reorganização dos serviços de atenção básica e de reorientação das práticas em saúde, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1999). No qual a saúde da família passa a ser acompanhada por um novo processo de trabalho, onde os espaços se constroem a partir das relações intra e extrafamiliares. As ações geradas sobre este espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio no qual as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.

Embora o Programa Saúde da Família (PSF) seja considerado uma importante iniciativa do Ministério da Saúde para reorganizar a prática assistencial com foco centrado na família e ações voltadas para a promoção e educação em saúde. Cianciarullo (2002) destaca que os programas em desenvolvimento na área de saúde no Brasil, ainda não utilizam o conceito de família no âmbito de suas ações, visto que o objeto de atendimento em nível de assistência primária se dá de forma individualizada aos moradores de um mesmo domicílio.

O PSF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território determinado, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados a partir da integralidade da atenção, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a

recuperação da saúde de sua população adscrita, com grande potencial organizador sobre os outros níveis do sistema de saúde.

Desta forma tem exigido dos profissionais que atuam na saúde da família uma prática que articule conhecimentos, habilidades e atitudes a proposta. A prática multiprofissional e interdisciplinar propõe para as equipes e para os profissionais o desafio da mudança dos processos de trabalho, bem como de introduzir estas reflexões e práticas na formação dos profissionais de saúde, o mais precoce possível.



Figura 1 – Inter-relação dos conceitos do Marco Teórico: Atenção Básica centrada na Promoção e Educação em Saúde da Família.

A Figura 1 foi criada com a intenção de apresentar a inter-relação entre os diferentes conceitos apresentados no Marco Teórico. Desta forma o que se pretende focalizar são as competências relacionadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar em Promoção, Educação e Saúde da Família, inseridas na Atenção Básica em Saúde.

CAPÍTULO 4

PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METOLÓGICO

O presente estudo caracterizou-se por uma pesquisa de campo do tipo exploratória descritiva, desenvolvida em 7 etapas. A primeira etapa subsidiou a segunda e assim por diante.

Foram convidados a participar deste estudo todos os fisioterapeutas que no período de 2000 a 2004 estiveram ligados ao Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí (SC), seja como docente ou egresso.

4.1 Primeira Etapa – localização e caracterização dos profissionais egressos

A Primeira Etapa teve como objetivo caracterizar a situação dos alunos egressos no período de 2000 a 2003 do curso de Fisioterapia da Univali, formados pelos currículos 1 e 2, na intenção de localizar e identificar os mesmos para, através deles, contribuir com o curso na superação de possíveis áreas de fragilidade a serem melhoradas, conforme mostra a Figura 2.

A localização desta população foi realizada através do banco de dados disponível na Secretaria Acadêmica da Univali e pelo cadastro de endereços do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região, mediante anuência e autorização dos mesmos. De posse dos endereços foi possível verificar como está distribuída geograficamente esta população, bem como consultá-la por meio de correspondência, enviada pelo correio, acompanhado de envelope selado e endereçado para devolução, conforme resumo do relatório final do Programa de Integração pós-graduação e Graduação - PIPG (apêndice B).

Quanto aos professores não houve dificuldades em localizá-los, visto que exercem suas atividades de docência, de forma regular na UNIVALI.

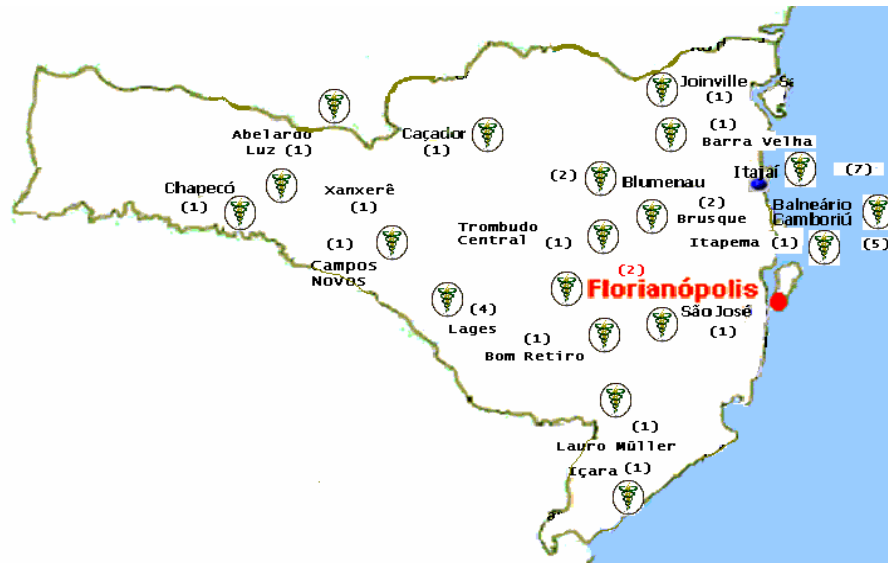


Figura 2 – Distribuição geográfica dos egressos quanto à localização profissional

A maior concentração de egressos em atividade profissional se dá na região de Itajaí, que representa 21% da amostra, seguido pela região de Balneário Camboriú com 15% de egressos, já a região de Lages aparece em terceiro lugar, apresentando 12% de egressos.

4.2 Segunda Etapa - Diagrama de Árvore

A partir da segunda etapa foi utilizada uma metodologia originária da University of North Carolina, na década de 70 e introduzida no Brasil por Spínola e Pereira (1976) utilizada em alguns estudos (SPÍNOLA, PEREIRA, 1977; SAUPE, 1979, 1983). Apresenta uma indicação específica para avaliação de programas, tanto na fase de propostas a serem implementadas, quanto de projetos em andamento ou concluídos. No caso deste estudo foi utilizado com a intenção de avaliar uma proposta idealizada para responder a seguinte questão:

QUAIS OS CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES SÃO NECESSÁRIOS PARA DESENVOLVER A COMPETÊNCIA DOS FISIOTERAPEUTAS PARA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, SEGUNDO A OPINIÃO DE UM CORPO DE JURADOS, PROFESSORES E ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE GRADUACAO DE FISIOTERAPIA DA UNIVALI?

A proposta idealizada partiu das competências gerais previstas nas Diretrizes Curriculares para formação do profissional de Fisioterapia no que se refere à Atenção Básica em Saúde, com foco na promoção e educação em saúde da família e decomposta em seus componentes, quanto a Conhecimentos, Habilidades e Atitudes. O detalhamento deverá ser o mais minucioso possível e representado em Diagrama de Árvore, conforme figura 3.

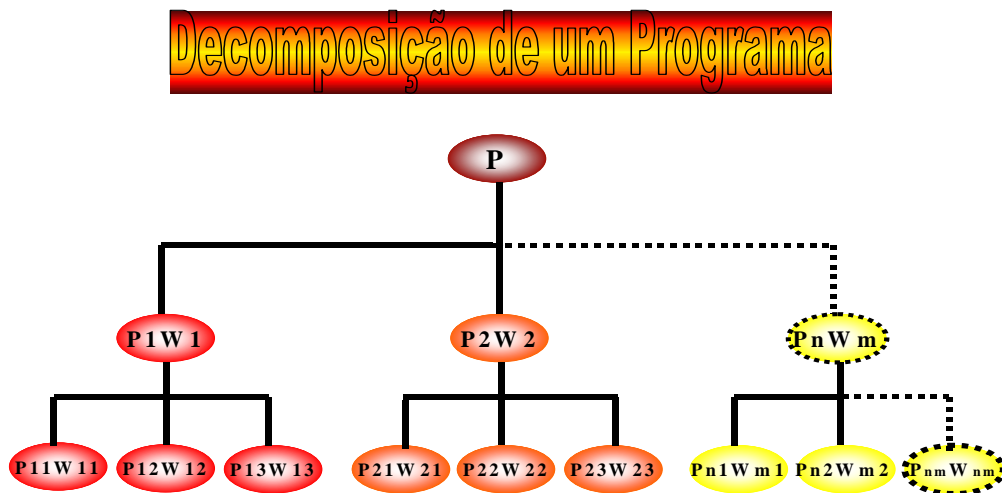


FIGURA 3 – Representação esquemática do Diagrama de Árvore

Onde: P - refere-se ao tema a ser estudado ou avaliado;

$P_n W_m$ – variável de primeiro nível correspondente à competência elegida multiplicada pela ponderação atribuída pelo corpo de jurados.

$P_{nm} W_{nm}$ – variável de segundo nível

A opção por uma proposta idealizada encontrou justificativa a partir da evidência de vazios na formação acadêmica quanto à atenção básica em saúde, conforme retrata o apêndice C.

4.3 Terceira etapa - Método do Júri

O Método do Júri ou Consulta a “experts” é uma forma científica de construir e/ou avaliar programas e projetos. Parte do princípio de que a construção de modelos fica consolidada quando submetida à apreciação de especialistas na área. São considerados possíveis ‘juízes’ os estudiosos e pesquisadores da área de conhecimento relacionada ao tema, convidados para atuarem como consultores do mesmo, ficando o Júri composto por número ímpar daqueles que aceitarem participar. Para este projeto, solicitei o parecer de profissionais da área de Saúde, professores do curso de Fisioterapia da Univali e/ou de outras Universidades que possuam experiência ou conhecimento abrangente na temática estudada, qual seja, Atenção Básica em Saúde – Promoção e Educação em Saúde da Família.

O método pode envolver a consulta ao corpo de Juizes desde as etapas preliminares, que antecedem a elaboração do projeto, orientando a definição de COMPONENTES (categorias ou variáveis) a serem privilegiadas. Todavia, neste estudo construí a primeira matriz, incluindo todos os aspectos que pretende abordar, de forma hierárquica.

Cada componente do diagrama apresentará uma importância relativa, seguindo à ponderação de cada ramificação. Para o estabelecimento dos pesos correspondentes pode-se obedecer a múltiplos critérios (SPINOLA e PEREIRA, 1976):

- a) - prioridade dos objetivos;
- b) - custos ou benefícios;
- c) - quantificação das atividades;
- d) - "inputs" ou "outputs"; e
- e) - importância da atividade/componente.

Neste caso optamos por utilizar a atribuição dos pesos através da *importância do componente*, conforme opinião dos juízes. A importância da atividade será traduzida por um peso resultante da aplicação da seguinte escala:

Peso 1 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é *muito baixa*;

Peso 2 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é *baixa*;

Peso 3 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento é *mediana*;

Peso 4 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é *alta*;

Peso 5 = associa-se a um componente cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é *muito alta*.

4.4 Quarta etapa – Concordância entre os juizes

Após termos os pesos atribuídos pelos diversos *Juízes*, a cada componente, comparando-o com os demais em seu nível, foi verificada a concordância entre os juizes. Esta concordância resulta natural quando todos os juizes atribuírem o mesmo peso/valor ao mesmo componente do diagrama. Em caso negativo, entre as possibilidades incluídas na metodologia (Teste de Wilcoxon; Coeficiente de Concordância de Kendall, Média; Mediana), optei por utilizar a mediana. Resulta daí um mapa detalhado em todos os seus componentes, com seu valor relativizado frente aos demais, possibilitando a análise pretendida. O peso resultante da concordância entre as juizas ou mediana verificada é inserido no diagrama.

Com o objetivo de verificar o comportamento das juizas e suas similaridades de respostas em relação à importância relativizada a cada componente, estes dados foram também submetidos a análise multivariada, através do Método de Cluster. Este tipo de análise estuda as proximidades geométricas entre os objetos (Distância Euclédiana) dentro do espaço multiplano (Método de Agrupamento de Ward).

Para Pereira (1999), a análise multivariada constitui-se em um vasto campo de conhecimento na medida que envolve uma grande multiplicidade de conceitos estatísticos e matemáticos gerando uma abordagem analítica que considera o comportamento de muitas variáveis simultaneamente. O objetivo é identificar um grupo inicial, a partir da proximidade entre dois sujeitos, para em seguida verificar qual o sujeito seguinte que se localiza mais próximo ao centro desse primeiro grupo constituído, conseqüentemente formando um novo grupo e, assim sucessivamente, até que todos os sujeitos são reunidos no grupo total de todos os sujeitos estudados.

4.5 Quinta etapa – Construção do Instrumento

O instrumento foi construído conforme o Diagrama de Árvore definido, orientado pelos últimos níveis e ajustado a uma Escala Likert com valores de 0 (zero) - avaliação TOTALMENTE NEGATIVA, a 10 (dez) – avaliação TOTALMENTE POSITIVA. Entendendo que dados qualitativos enriqueceriam o mapeamento sobre as competências dos fisioterapeutas para Atenção Básica em Saúde - promoção e educação em saúde da família, favorecendo uma maior aproximação à situação real estudada, as questões do instrumento foram complementadas com perguntas abertas, que possibilitaram depoimentos, sugestões e expressões pessoais dos entrevistados. Para fundamentar esta decisão, vali-me das contribuições de Smith e Heshusius (1986, p.8) que, ao questionarem se pesquisadores quantitativos podem complementar sua instrumentação controlada com descrição de situações naturais, bem como o contrário (complementação de observações naturalistas com a quantificação), responderam “...sim. Em ambos os casos”. Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000, p.210) também apóiam esta orientação ao afirmarem que “entrevistas com perguntas abertas obtêm informações mais precisas do que questionários com perguntas fechadas [...] a riqueza de informações obtidas não seria suplantada por nenhum outro método”.

4.6 Sexta etapa – Coleta de dados

Todos os docentes fisioterapeutas da Univali, campus Itajaí e os egressos que participaram da Primeira Etapa foram convidados a preencher o questionário, pessoalmente ou por escrito. O instrumento construído foi distribuído à população em mãos ou via correios. Como o estudo é censitário, a amostra foi composta por todos aqueles que, informados, livre e espontaneamente consentiram em participar.

4.7 Sétima etapa – Análise

4.7.1 Dos Dados Quantitativos

Todas as medidas se iniciam pelos componentes de último nível e vão prosseguindo pelas ramificações do Diagrama de Árvore até chegarem à proposta como um todo. No caso do desempenho, distinguem-se dois processos (SPÍNOLA, PEREIRA, 1976, 1977; SAUPE, 1979):

a) **medida das atividades de último nível**, cujos critérios podem ser vários. Recomendamos a utilização do critério subjetivo, que consiste em estabelecer a correspondência entre os valores de uma escala ordinal – através da qual foram medidas as variáveis de avaliação – e a escala padrão de medida do desempenho, apresentada na figura 2. Recomendamos ainda que a escala ordinal corresponda diretamente à escala padrão, ou seja, de 0 (zero) a 10 (dez) para ambas, figura 4. Assim, a equação aplicada a cada uma das questões de último nível é a seguinte:

$$\frac{(VeL0 \times Nr0) + (VeL1 \times Nr1) + \dots}{Nr0 + Nr1 + Nr2 + \dots}$$

(que deve corresponder ao número TOTAL de respondentes).

Sendo: VeL0 = Valor 0 da escala LIKERT na questão 1, e assim sucessivamente; e Nr0 = Número de respostas 0 na questão 1, e assim sucessivamente. O resultado é um Índice de Desempenho da questão, correspondente a um valor entre 0 e 10.

b) **medida dos componentes dos demais níveis**, que consiste na aplicação da equação:

$$D = \frac{\sum D_a W_a}{\sum W_a}$$

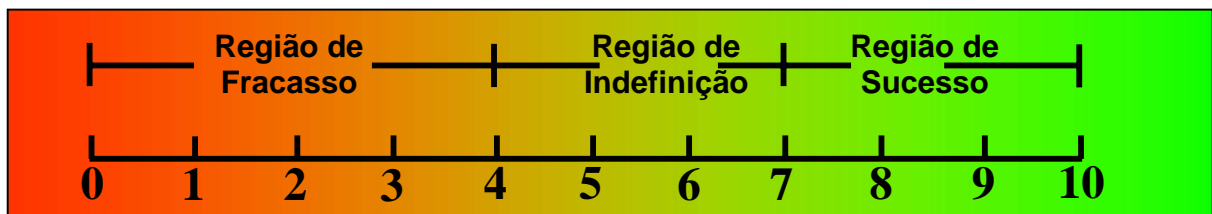


Figura 4 – ESCALA PADRÃO DE MEDIDA DO DESEMPENHO

Os resultados das medidas de desempenho dos vários componentes do Diagrama de Árvore são incluídos na mesma, e analisados quanto as Regiões atingidas, em termos de Fracasso, Indefinição ou Sucesso, a luz do Marco Teórico e de achados encontrados na literatura e demais documentos consultados.

4.7. 2 Das Respostas Abertas

A análise inicia pela organização do “corpus” entendido como o conjunto de informações coletadas através das entrevistas. Nesta etapa os depoimentos dos sujeitos são transcritos, impressos e organizados em painéis verticais, cada um correspondendo a um entrevistado, que possibilite a visualização concomitante de vários depoimentos. A fase da leitura exaustiva procura impregnar o (s) pesquisador (es) com as expressões verbais dos depoentes, facilitando a etapa seguinte de mapeamento dos vários aspectos abordados, conforme agrupamento dos pólos de significado denominados:

- pólos gerais ou universais, quando presentes com frequência, caracterizando a unidade, homogeneidade, igualdade e uniformidade dos dados;
- pólos particulares ou singulares, quando indicarem a diversidade, singularidade ou expressão aberrante dos dados;
- pólos omissos, aspectos que deveriam ou poderiam estar presentes, mas que não foram evidenciados nos dados.

Este processo permite apreender a perspectiva coletiva, não nega a contribuição dos sujeitos autônomos, que apresentem opiniões pessoais, diferenciadas e originais e inclui expectativas do pesquisador e indicações da literatura, que não foram contempladas.

4.8 Procedimentos éticos

No que diz respeito aos sujeitos que compõem a amostra a ser estudada, o processo da pesquisa obedeceu todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI. Os informantes foram consultados sobre interesse em participar, resguardando-se o direito dos que não se motivarem; esclarecendo-se que a não participação não acarretaria nenhum prejuízo a sua pessoa. Além disso, foram informados: sobre objetivos, justificativa, metodologia e importância de sua participação, o que não lhe traria

qualquer desconforto, risco, dano ou ônus; que as informações seriam sigilosas e o anonimato rigorosamente observado, não havendo identificação dos instrumentos; que as informações seriam utilizadas para fins acadêmicos de pesquisa e publicações e os resultados ficariam à disposição dos entrevistados e das instituições participantes da pesquisa; da necessidade de assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme apêndice D.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5 RESULTADOS

A metodologia de investigação utilizada neste estudo apóia-se em uma pesquisa preliminar² realizada com 36 (trinta e seis) professores dos cursos da área da saúde³, na qual o objetivo foi verificar o interesse dos docentes na realização de estudos que visassem definir um rol de competências necessárias aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde da família, bem como constatar e avaliar a inclusão e importância destas competências nos programas educacionais na saúde, tanto de graduação quanto de pós-graduação ou educação continuada.

Estimulada pela aceitação e interesse unânime dos entrevistados pelo desenvolvimento de um estudo maior sobre competências dos profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde, em especial no que se refere à saúde da família (apêndice – A), iniciei o processo de investigação detalhadamente descrito no capítulo da metodologia.

A primeira etapa foi desenvolvida através de um sub-projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Integração Pós-graduação e Graduação da UNIVALI, denominado "Caracterização dos Egressos do Curso de Fisioterapia da Univali", realizada no período de novembro de 2003 a abril de 2004 e teve seu objetivo alcançado, visto que a localização dos mesmos nos permitiu dar continuidade ao estudo, conforme demonstrado no apêndice – B.

Na seqüência iniciou-se a construção do diagrama de árvore, etapa considerada de grande responsabilidade por representar esquematicamente os fundamentos ideais para o desenvolvimento das competências dos fisioterapeutas para atenção básica em saúde da família.

Para a construção do diagrama de árvore, foram convidados três profissionais de referência nas áreas de promoção, educação e saúde da família, para atuarem como pré-juízes, ou seja, para auxiliarem na definição de categorias ou variáveis a serem privilegiadas. Coube a cada um dos *experts* estabelecer quais categorias se constituíam como fundamentais para o profissional fisioterapeuta atuante em Atenção Básica focalizando as competências relacionadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes para a Promoção, Educação e Saúde da Família, considerando, é claro, sua área de conhecimento.

² Amaral, M. I et al Competência dos Profissionais de Saúde para Promoção e Educação em Saúde da Família. Revista Ciência, Cuidado e Saúde v.2, supl. 2003. p 68-69. Maringá: 2003. ISSN 1677-3861.

³ Participaram do estudo professores dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia.

Entre as muitas competências que compõem o trabalho em Atenção Básica previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, para este estudo foram selecionadas a Promoção, Educação e Saúde da Família, por serem consideradas uma nova perspectiva de atuação do fisioterapeuta. A escolha destas competências representa, ainda um desafio a ser vencido pela profissão que, historicamente, realiza ações voltadas quase que exclusivamente para o tratamento e a reabilitação, tendo a doença e o indivíduo como enfoque principal. O que se pretende é ampliar o horizonte de ação a partir de um novo modelo de atenção à saúde.

Outro aspecto considerado importante foi à ênfase dada a integração dos três saberes entendidos como: domínio cognitivo, domínio psicomotor e domínio afetivo numa articulação perfeita entre conhecimentos, habilidades e atitudes para a aquisição de competências.

A formação por competências vem sendo incentivada na educação nacional através de regulamentação oriunda do Conselho Nacional de Educação. No entanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais utilizam como objetivo de formação profissional a dotação de conhecimentos para o exercício de competências e habilidades, tanto gerais como específicas, sem mencionar as atitudes.

Percebe-se ao longo da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a importância do saber ser e conviver requeridas do profissional de saúde, porém de forma implícita.

Grandes são as dificuldades de avaliar a aquisição de competências, durante o ensino de graduação, principalmente quando envolve a mobilização de diferentes conhecimentos, habilidades e **sobre tudo** das atitudes, pois os planos pedagógicos são baseados em objetivos educacionais, ou seja, **concretos** (o grifo é de minha autoria) (Xavier et al, 2004). Já as atitudes estão ligadas ao comportamento, a iniciativa, a disposição para fazer algo, portanto, são subjetivas.

Chalita (2001), considera a habilidade cognitiva como sendo a capacidade de absorver o conhecimento e transformá-lo de forma eficiente e significativa. Trata a habilidade como um movimento constante de lançar-se ao novo a partir de uma atitude de disposição para aprender a aprender.

Apoiada, ainda em concepções referidas por Fernandes et al (2003), quanto à compreensão de competências como uma forma de assumir responsabilidades pessoais para o enfrentamento de eventos relacionados ao trabalho, que ocorrem de forma imprevista, ou seja,

através da mobilização da inteligência e da subjetividade, procurei contemplar em mesmo nível os conhecimentos, as habilidades e as atitudes.

Na área de promoção, foi consultada a Profa. Dra. Agueda Lenita Pereira Wendhausen⁴, enfermeira e coordenadora do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – Área de Concentração em Saúde da Família. A professora considera importante que o fisioterapeuta tenha conhecimentos sobre as políticas de saúde brasileira, incluindo história e concepções; e concepções e história da promoção à saúde; concepção e história da educação em saúde. Considera também de extrema importância o conhecimento sobre os problemas de saúde, sejam eles locais, municipais, estaduais ou nacionais, além de conhecimentos sobre os recursos locais e/ou municipais que interferem na saúde, bem como conhecimentos sobre a organização dos serviços de saúde.

Em termos de habilidades para a promoção da saúde, a Dra Agueda listou a liderança como fundamental para facilitar os processos de desenvolvimento das ações propostas; habilidade para atuar com grupos e em equipe; a utilização de metodologias participativas, promovendo a integração entre os diversos agentes; e a capacidade de articular setores e órgãos.

No que diz respeito às atitudes para a promoção foi elencado pela professora a valorização da participação social; o respeito aos critérios democráticos; a aceitação das diferenças; e acreditar nas potencialidades das pessoas. Com estas informações, passou-se à construção do diagrama de árvore, conforme demonstrado através do diagrama 01.

Outro profissional escolhido foi o Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo, médico, doutor em educação e docente do mestrado profissionalizante em saúde, para o estabelecimento das categorias na área de educação. A partir da sua experiência, para trabalhar em educação em saúde da família, considera importante possuir conhecimentos de teorias gerais, do comportamento, diálogo e construtivismo; das políticas públicas de saúde; da saúde: unicausalidade/biologicista, multicausalidade/higienista preventivista, determinação social/saúde-doença; além de noções de antropologia e sociologia, cultura.

Em relação às habilidades, o profissional estabeleceu o trabalho em equipe como fundamental, assim como a comunicação e a criatividade; a habilidade para identificar problemas, avaliar e planejar ações também foram relacionadas por ele.

⁴ A identificação dos pré-juízes foi realizada com autorização dos mesmos e justifica-se pela relevância destes no estudo.

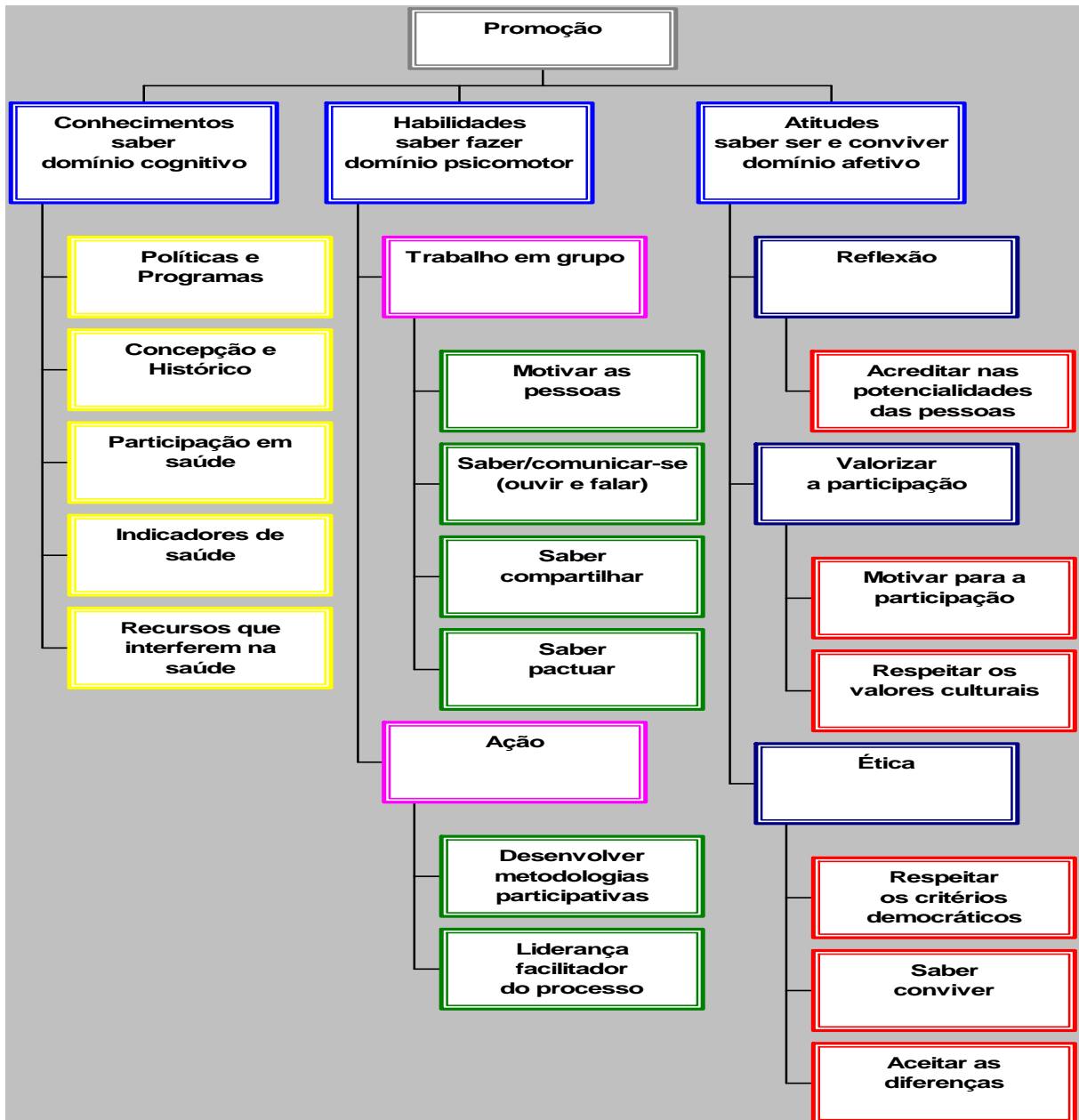


Diagrama 1 – Competências para Promoção em Saúde.

Quanto às atitudes, o Prof. Dr. Cutolo apresenta como fundamentais a tolerância, o exercício do diálogo, a capacidade de mobilização, o respeito com o outro, a capacidade de ouvir e falar, de ser flexível, de liderar, de compartilhar saberes, além da afetividade. A partir das categorias formuladas por este profissional, construiu-se o diagrama de árvore 02.

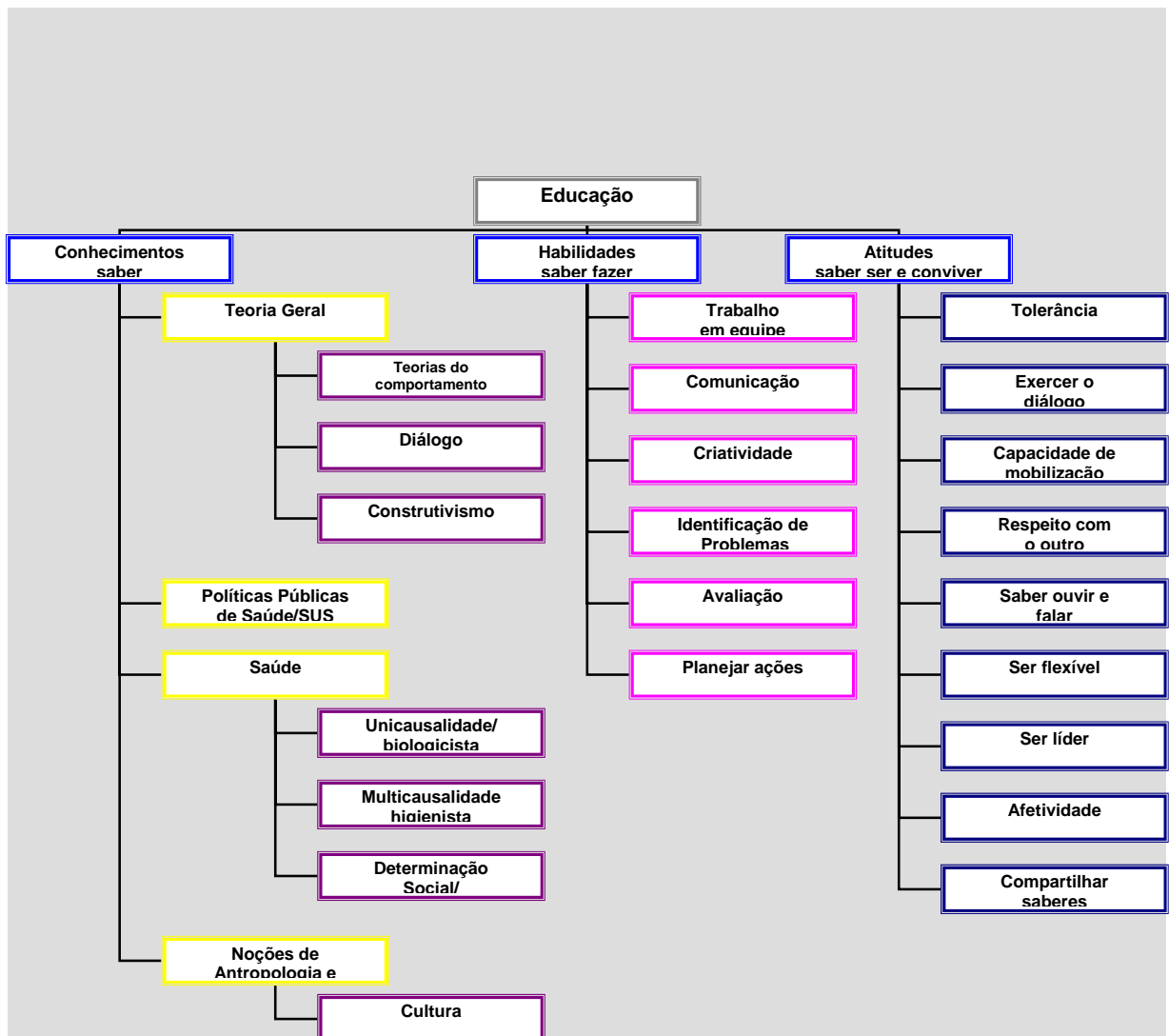


Diagrama 2 – Competências para Educação em Saúde.

A terceira profissional consultada foi a Profa. Dra. Ingrid Elsen, enfermeira, doutora em Enfermagem, docente do Mestrado Profissionalizante em Saúde, Coordenadora do Projeto

LEIFAMS e pesquisadora do CNPq e Funcitec, que colaborou com a construção das variáveis que compõem o diagrama referente à saúde da família. Ela considera importante que o profissional fisioterapeuta tenha conhecimentos sobre a metodologia de atenção à família, teorias de família, questões éticas, conflitos morais, conhecimentos sobre antropologia e cultura, relações entre culturas, saúde e família; informações sobre a rede de suporte social das famílias, com quem elas se relacionam e a quem recorrem em situações de risco; conhecimento sobre o processo de viver das famílias na interface saúde-doença; e sobre o sistema familiar individual e social e sua Inter-relação; além de ter conhecimento sobre cidadania e uma visão interdisciplinar.

Quando fala sobre habilidades, a professora relaciona como fundamental ter uma metodologia de trabalho, sabendo ouvir as famílias e observar as relações familiares, sabendo intervir e possuindo um arsenal de estratégias para abordar as famílias, como grupos específicos. Dentro desta metodologia, ela ainda considera importante identificar o papel do profissional de saúde assim como as ações de co-responsabilidade da família no gerenciamento da sua saúde. Além do processo de cuidado em si, a avaliação foi apontada como fundamental no método de trabalho.

Em relação às atitudes, considera indispensável à paridade profissional e familiar, com abertura para o outro; compartilhar saberes e estar ciente dos diversos poderes, profissionais e da família; saber trabalhar junto; possuir compromisso ético e respeito com a família. Todas as informações e categorias estabelecidas foram utilizadas para a construção do diagrama 03, que trata da área de saúde da família.

Definido todos os elementos necessários para compor os diagramas pelos três *experts*, estes foram agrupados em um único organograma, denominado Diagrama de Árvore e posteriormente foi aplicados a sete juízes.

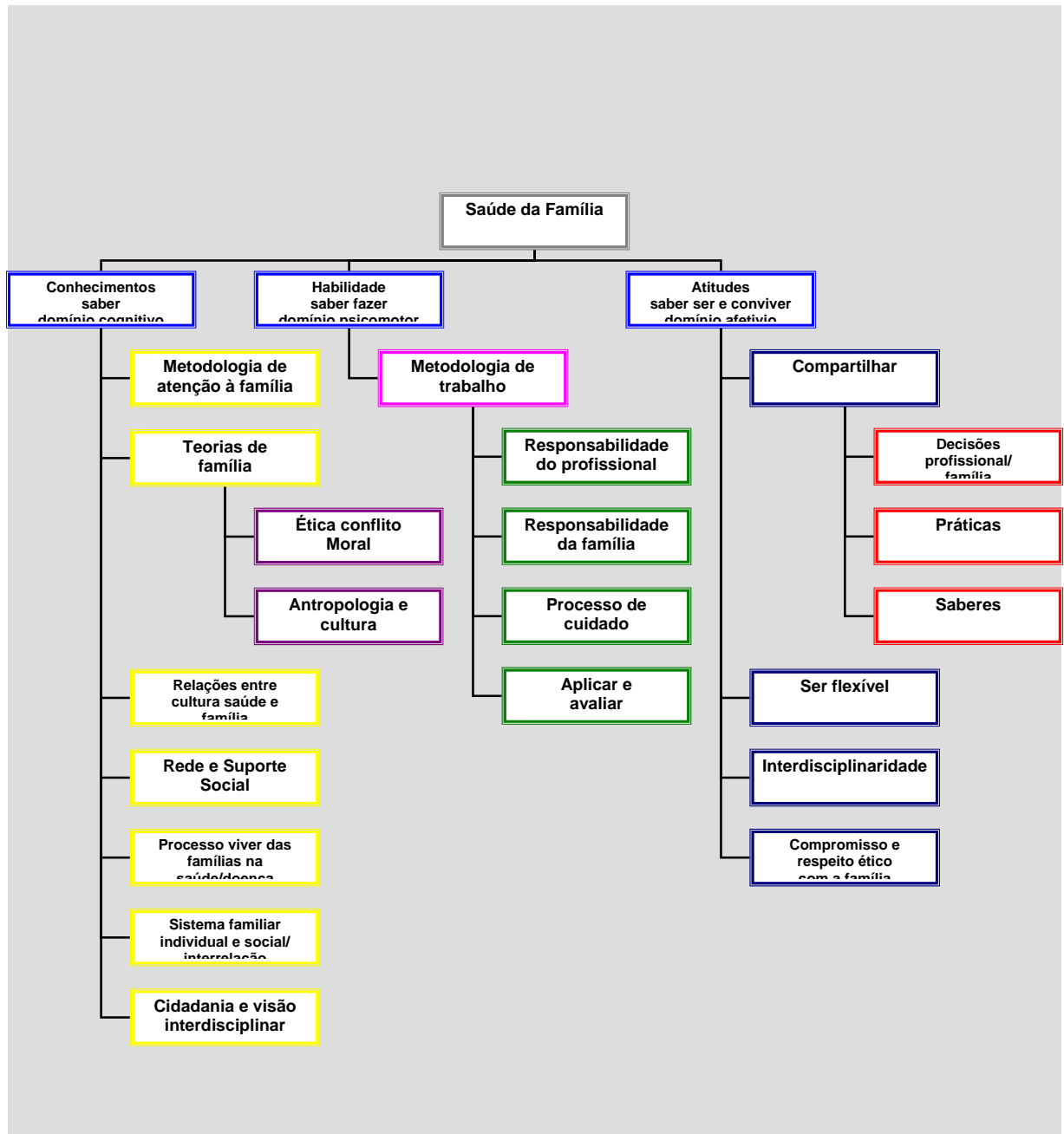


Diagrama 3 - Competências para Saúde da Família.

Método do Júri

A partir do estabelecimento do diagrama de árvore, com as categorias relacionadas pelos pré-juízes como fundamentais para o exercício da fisioterapia na Atenção Básica e voltado a Estratégia de Saúde da Família, passou-se ao Método do Júri, que consiste em uma fórmula científica de construir e/ou avaliar projetos e programas.

Foram selecionados para este estudo, na condição de “juízas”, 07 (sete) consultoras possuidoras de experiência profissional e conhecimentos abrangentes na temática estudada, com a incumbência de atribuir um valor de importância relativizada a cada variável⁵ componente do diagrama de árvore, numa escala de um a cinco, onde um significa muito baixa, dois baixa, três mediana, quatro alta e cinco muito alta.

As profissionais selecionadas para esta etapa foram: uma pedagoga, mestre em Educação, com doutoramento em fase de conclusão, professora universitária da Univali – Itajaí (SC) e dotada de experiência na seção pedagógica do curso de Fisioterapia em Biguaçu (SC); cinco fisioterapeutas, todas docentes de ensino superior e proveniente das cidades de Criciúma (SC), Santa Maria (RS) e Rio de Janeiro (RJ), sendo que 2 (duas) são Coordenadoras de Curso de Graduação em Fisioterapia e 1(uma) é Presidente da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO. Quanto à titulação todas possuem título de mestre, sendo que uma está em doutoramento; fez parte também do corpo de juízas uma enfermeira que apesar de não ser docente e possuir titulação de especialista, ocupa importante espaço como Coordenadora do Programa de Saúde da Família no município de Balneário Camboriú (SC).

A aplicação do método do júri deu-se em ambiente sossegado e de forma individual, sendo que o tempo médio da avaliação realizada pelas juízas foi de 30 minutos.

Para facilitar o processo de avaliação o diagrama de árvore foi analisado por categoria de hierarquização, ou seja, por conceito nuclear e suas ramificações utilizando legenda colorida que tornava mais evidente a subordinação de palavras-chave às categorias correspondentes.

A consulta às juízas ou “experts” revelou-se um momento ímpar tanto para mim, pesquisadora como para as avaliadoras, tendo em vista a oportunidade de reflexão e a troca de saberes que o instrumento proporciona. Na opinião das juízas o diagrama idealizado abrange totalmente o tema proposto e por isso considerado completo. Tanto que a maior dificuldade

⁵ Neste texto serão utilizados como sinônimos as palavras: componentes, categorias e variáveis.

apresentada pelas juízas foi a de diferenciar o grau de importância entre os componentes do diagrama, visto a relevância que tais temas tem para a atuação em Atenção Básica. Ao término da avaliação feita pelas juízas, especialmente pelas que estão mais inseridas no mercado de trabalho, havia um certo "desabafo" de que a prática dos serviços ainda encontra-se distante do ideal, principalmente no que se refere à gestão local do sistema de saúde e a formação dos profissionais envolvidos.

Apenas uma juíza fez uma sugestão: explicitar os conceitos, no diagrama, dos componentes referentes às teorias da educação.

Na seqüência será apresentada a etapa denominada Concordância entre as juízas.

Concordância entre as juízas

A consulta às juízas tem por finalidade verificar a validade da proposta idealizada no diagrama de árvore, a partir do grau de importância relativizada, conforme parecer das mesmas. Atribuído os pesos pelas diversas Juízas, a cada componente, comparando-o com os demais em seu nível, foi verificada a concordância entre elas. Esta concordância resulta natural quando todas as juízas atribuírem o mesmo peso/valor ao mesmo componente do diagrama. Em caso negativo, entre as possibilidades incluídas na metodologia (Teste de Wilcoxon; Coeficiente de Concordância de Kendall, Média; Mediana), optamos por utilizar a mediana.

Os resultados obtidos geraram um mapa detalhado em todos os seus componentes, com seu valor relativizado frente aos demais, possibilitando a análise pretendida, conforme demonstrado no diagrama 4.

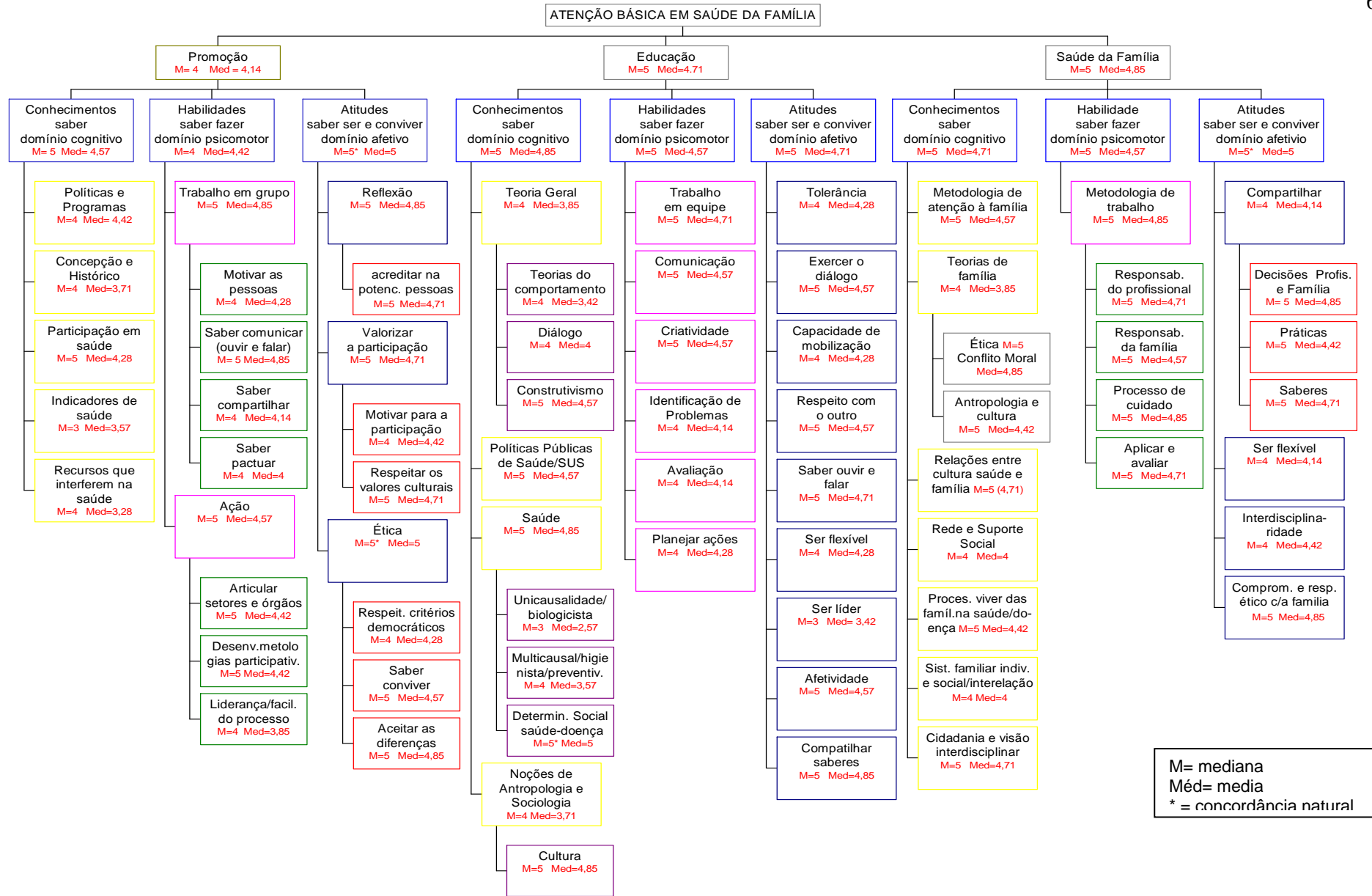


Diagrama 4 - Diagrama de Árvore: Competência dos Fisioterapeutas para Atenção Básica em Saúde da família.

Realizada a leitura interpretativa da avaliação feita pelas juízas podemos afirmar que a proposta idealizada obteve total aprovação, principalmente quando tomado como referencial os valores atribuídos por elas e expresso pela mediana em cada variável. O alto índice de pesos 5, muito alta importância, e peso 4, alta importância, confirmam este achado (Gráfico 1).

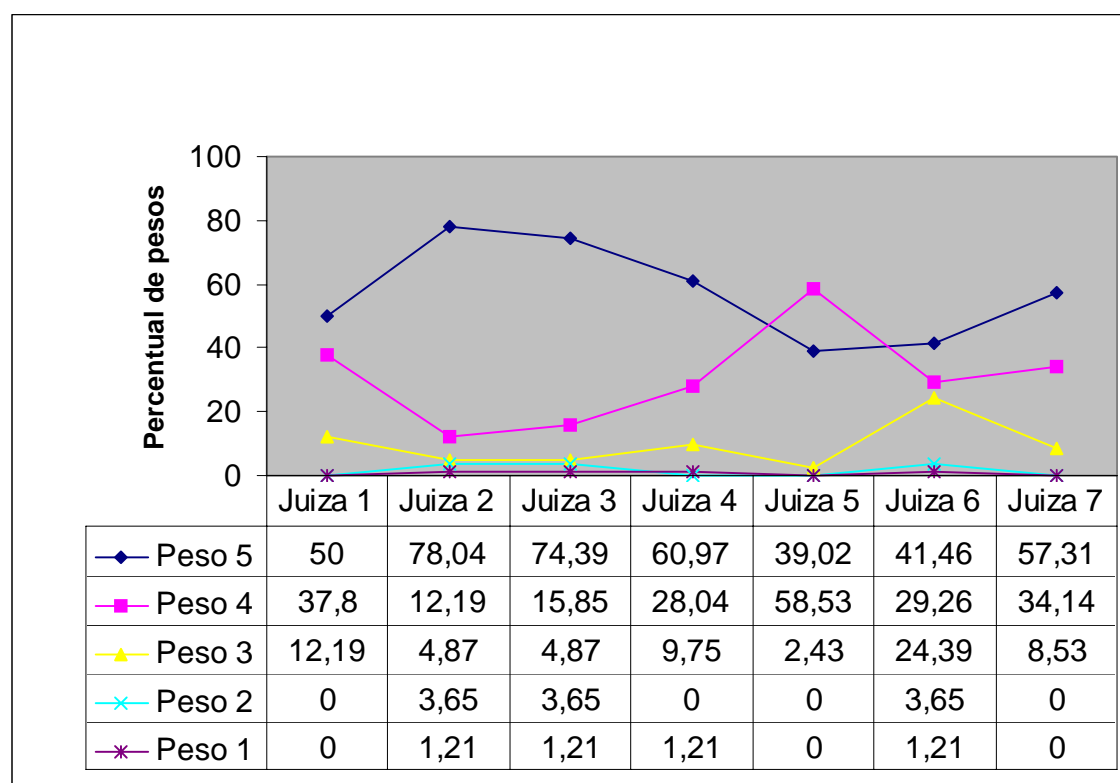


Gráfico 1 – Distribuição de frequência dos pesos atribuídos pelas juízas em percentual

Neste gráfico é possível perceber o alto grau de importância das variáveis na opinião das juízas, visto que o peso cinco apresenta-se na maioria das vezes em situação superior quando comparado com os demais pesos. Exceto a juíza 5 que teve o maior percentual de pesos atribuído ao valor quatro, as restantes apresentaram forte tendência a considerar os componentes do diagrama como sendo de muito alta importância.

O diagrama completo apresenta oitenta e dois componentes que, multiplicado pelo total de juízas resulta em 574 informações.

Dos oitenta e dois componentes avaliados quatro merecem destaque, pois além de receberem o maior valor previsto na escala de avaliação (muito alta importância), resultaram em concordância natural, ou seja, todas as juizas atribuíram peso cinco, são eles:

- ✓ as atitudes, componente de primeiro nível vinculado à Promoção;
- ✓ a ética subordinada as atitudes e vinculada à Promoção;
- ✓ o conhecimento da determinação social no processo saúde/doença, vinculado à Educação;
- ✓ as atitudes, componente subordinado a Saúde da Família.

A importância atribuída a estas variáveis de forma unânime nos conduz a uma profunda reflexão quando comparada a heterogeneidade das demais e nos sugere a hipótese de que o momento atual aponta para a necessidade de ruptura do paradigma tecnicista em favor de uma abordagem mais social e humanizadora.

O método de Cluster me permitiu analisar, de forma detalhada, a partir de uma matriz de observação, a variabilidade das respostas entre as juizas, tornando bastante evidente que o uso da mediana seria insuficiente para expressar o comportamento das juizas em relação ao significado atribuído por elas em cada um dos componentes do diagrama de árvore (Gráfico 2).

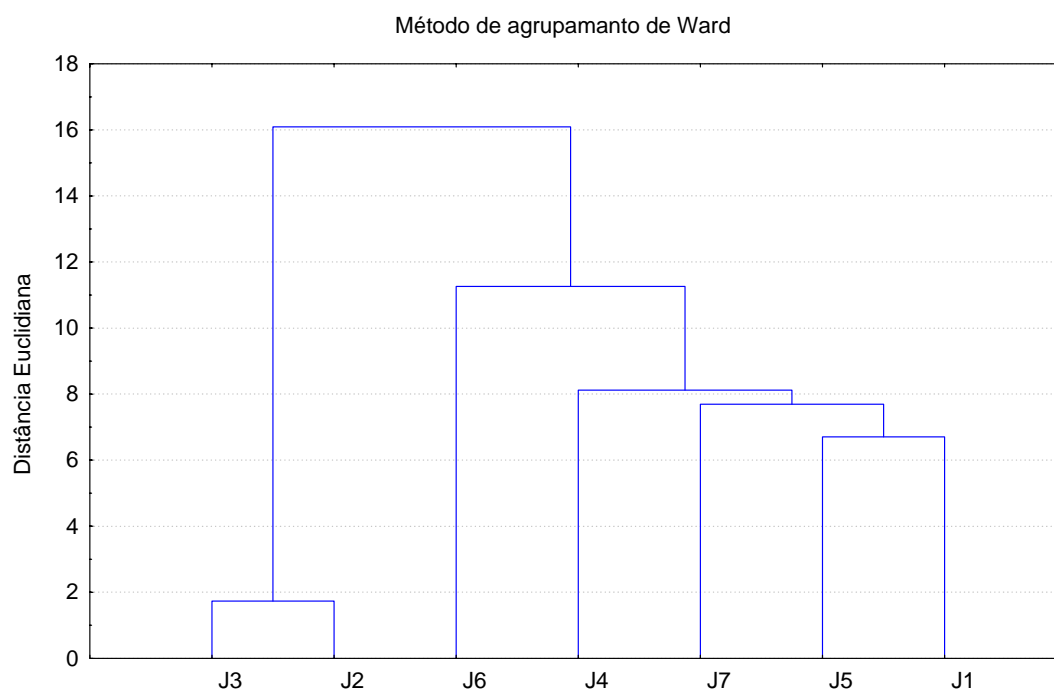


Gráfico – 2: Dendrograma obtido a partir da análise de Cluster considerando todos os componentes do Diagrama de Árvore.

Os dados apresentados no Gráfico 2 e complementados na Tabela 1, demonstram que as juízas 2 e 3 apresentam um comportamento bastante próximo em relação à importância de cada componente, sendo também as que atribuíram o maior número de peso cinco ao diagrama como um todo.

Provavelmente a similaridade de respostas destas juízas se dê pelo fato destas atuarem como docentes na mesma instituição de ensino, compactuando com a mesma ideologia frente ao novo modelo de atenção a saúde, bem como a forma ativa com que participam da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).

O segundo grupo a se aproximar nas respostas são as juízas 1 e 5 seguidas da juíza 7, pode-se observar na Tabela 1 que as três avaliaram o diagrama de árvore como de importância mediana para cima, ou seja, a atribuição de pesos variou de três a cinco e em nenhum momento atribuíram peso dois ou um para quaisquer dos componentes.

As juízas 1, 5 e 7 exercem suas funções ligadas a academia, em diferentes instituições de ensino e encontram-se distantes quanto à localização geográfica, visto que moram no estado do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina respectivamente. As juízas 1 e 7 estão em fase de doutoramento, sendo que a primeira é fisioterapeuta e desenvolve seus estudos na área da Saúde Coletiva na Universidade de Brasília e a segunda é pedagoga, em capacitação na área da Educação na Universidade Federal de Santa Catarina. Já a juíza 5 por ser Presidente da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia tem participado intensivamente dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde como Aprender SUS e Ver SUS. Donde se conclui que o conhecimento profissional e intelectual confere às avaliadoras credibilidade suficiente quanto à avaliação do rol de competências necessárias ao fisioterapeuta para Atenção Básica em Saúde da Família.

A juíza 4 está mais próxima da juíza 7 quanto ao padrão de respostas, esta constatação é facilmente observada quando analisada a distribuição de frequência dos pesos cinco, quatro e três de ambas. Já a juíza 6 é a que apresenta o comportamento mais distante das demais, tendo em vista a distribuição de frequência dos pesos em relação aos componentes do diagrama; foi a que atribuiu o maior número de pesos três, importância mediana, ou seja, exatamente o dobro quando comparada com a juíza 1, a segunda que mais atribuiu peso três.

O comportamento da juíza 6, em relação à atribuição de pesos aos componentes do diagrama de árvore nos remete, no mínimo, a curiosidade de entender melhor o seu julgamento. A escolha por esta consultora se deu pela necessidade de buscar, na prática dos serviços de saúde, o real significado destas competências para os que lá atuam. Durante a aplicação do método do

júri a referida juíza manifestou sinais de "frustração" em relação ao momento em que sua equipe se encontrava. Segundo ela, a falta de capacitação de recursos humanos para atuação no Programa Saúde da Família distancia o ideal do real frente aos pressupostos doutrinários da Atenção Básica em Saúde, especialmente em relação à Promoção e Educação em Saúde da Família. Assim, pode-se concluir que provavelmente esta tenha transferido a realidade do seu contexto para o momento de avaliação do Diagrama de Árvore.

Em contra-partida observa-se que na avaliação da juíza 5, no geral houve predomínio do peso 4, ou seja, o diagrama como um todo foi considerado como tendo alta importância.

Tabela 1: Distribuição de frequência da avaliação realizada pelas juízas considerando todos os componentes do Diagrama de Árvore.

| | Peso 5 | Peso 4 | Peso 3 | Peso 2 | Peso 1 | Mediana | Média |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|----------|
| Juíza 1 | 41 | 31 | 10 | 0 | 0 | 4,5 | 4,378049 |
| Juíza 2 | 64 | 10 | 4 | 3 | 1 | 5 | 4,621951 |
| Juíza 3 | 61 | 13 | 4 | 3 | 1 | 5 | 4,585366 |
| Juíza 4 | 50 | 23 | 8 | 0 | 1 | 5 | 4,47561 |
| Juíza 5 | 32 | 48 | 2 | 0 | 0 | 4 | 4,365854 |
| Juíza 6 | 34 | 24 | 20 | 3 | 1 | 4 | 4,060976 |
| Juíza 7 | 47 | 28 | 7 | 0 | 0 | 5 | 4,487805 |
| SOMA | 329 | 177 | 55 | 9 | 4 | | |

A Tabela 1 nos mostra ainda que das 574 informações geradas o peso cinco se repetiu por 329 vezes, o peso quatro por 177 vezes, o peso três por 55 vezes e o peso dois e um por 9 e 4 vezes respectivamente, confirmando mais uma vez o grau de validação do rol de competências idealizadas para a atuação profissional fisioterapeuta no âmbito da promoção e educação em saúde da família.

No julgamento das juízas os conceitos nucleares eleitos para o tema de pesquisa proposto foram bastante pertinentes e apresentam grande significado na aquisição de competências para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Quando comparados à importância relativizada entre os três conceitos percebe-se que Saúde da Família foi o que reuniu maior importância em relação aos outros dois já que 85,71% das juízas atribuíram peso 5. O item Educação foi avaliado como de máxima importância em 71,42%, representado por cinco juízas, as outras duas atribuíram a este conceito peso 4, ou seja, de grande importância. Já o conceito Promoção foi validado como de alta importância por quatro juízas, com representatividade de 57,14% , de muito alta

importância para cinco juízas, ou seja, 28% das avaliadoras e apenas uma juíza considerou este conceito como importância mediana representando 14% do total e demonstrado no Gráfico 3.

Chama a atenção também o comportamento singular da juíza cinco que, ao contrário das demais, que registraram um percurso descendente, partindo da atribuição do peso 5, com maior frequência, até o peso 1, com a menor frequência, esta apresenta o pico no peso 4.

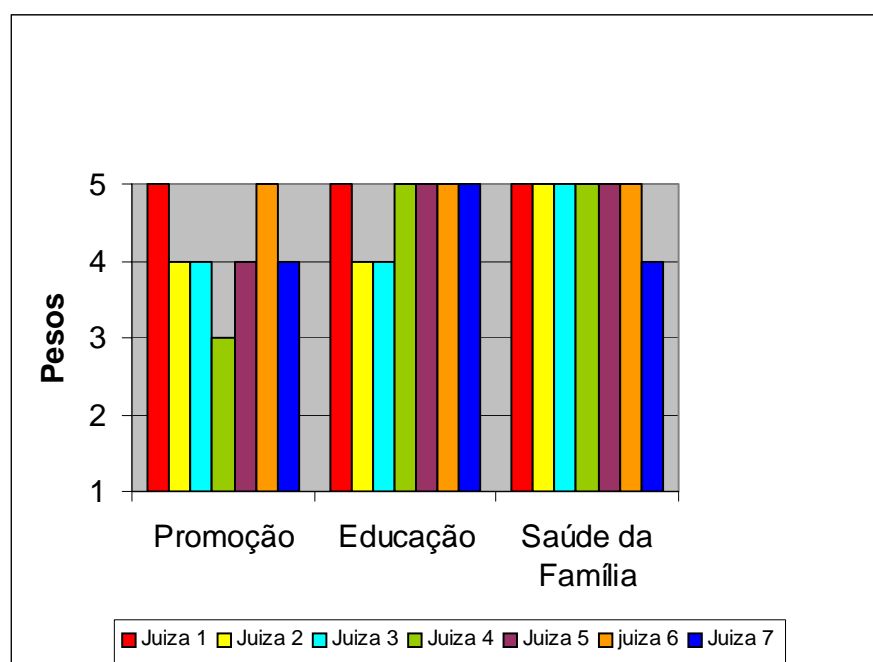


Gráfico 3 - Escores de pesos atribuídos pelas juízas aos conceitos nucleares quanto à importância.

Segundo Vêras et al (2004), a fisioterapia precisa romper com o paradigma cartesiano, reabilitador, utilizado apenas para solucionar problemas individuais de saúde e programar ações que levem em consideração um modelo mais humano, mais sistêmico e condizente com as mudanças no Sistema de Saúde do País. A atuação na saúde da família apresenta-se como uma possibilidade de reflexão para o fisioterapeuta na sua práxis levando a uma nova maneira de intervir na saúde da população.

Nesta conjuntura a "nova" fisioterapia deverá articular ações interdisciplinares e intersetoriais que integrem a recuperação, a prevenção de incapacidades e /ou doenças e a promoção da saúde. Acreditamos que esta articulação resultará, em intervenções voltadas não somente para o indivíduo, mas principalmente para família.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos pesos atribuídos pelas juízas considerando as competências para Promoção, Educação e Saúde da Família.

| Juízes/Níveis | Promoção | Educação | Saúde da Família | Mediana | Média |
|----------------|----------|----------|------------------|---------|-------|
| J1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| J2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4,33 |
| J3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4,33 |
| J4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4,33 |
| J5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4,66 |
| J6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| J7 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4,33 |
| Mediana | 4 | 5 | 5 | | |
| MEDIA | 4,14 | 4,71 | 4,85 | | |

Os dados apresentados na Tabela 2 mostram uma outra maneira de visualizar a importância atribuída pelas juízas aos conceitos nucleares, confirmando a validação destes conceitos para a temática pretendida quando observados a distribuição de frequências dos pesos. Na linha horizontal temos a média e a mediana considerando o comportamento de cada juíza para as competências de Promoção, Educação e Saúde da Família, enquanto que na linha vertical apresenta-se a concordância entre as juízas para as competências de forma individualizada.

Com o objetivo primário de entender a estrutura dos dados, aglomerando observações similares em grupos, procedeu-se à análise de Cluster quanto às competências para Promoção, Educação e Saúde da Família na avaliação das juízas.

A análise de Cluster nos mostra que há semelhança em relação aos pesos atribuídos pelas juízas quanto ao grau de importância relativizada às competências para educação e saúde da família, variando entre 4 e 5, enquanto que o comportamento das mesmas no que se refere à promoção apresenta uma maior variabilidade de respostas entre elas, indo do três (média importância) ao cinco (muito alta importância) Gráfico 4.

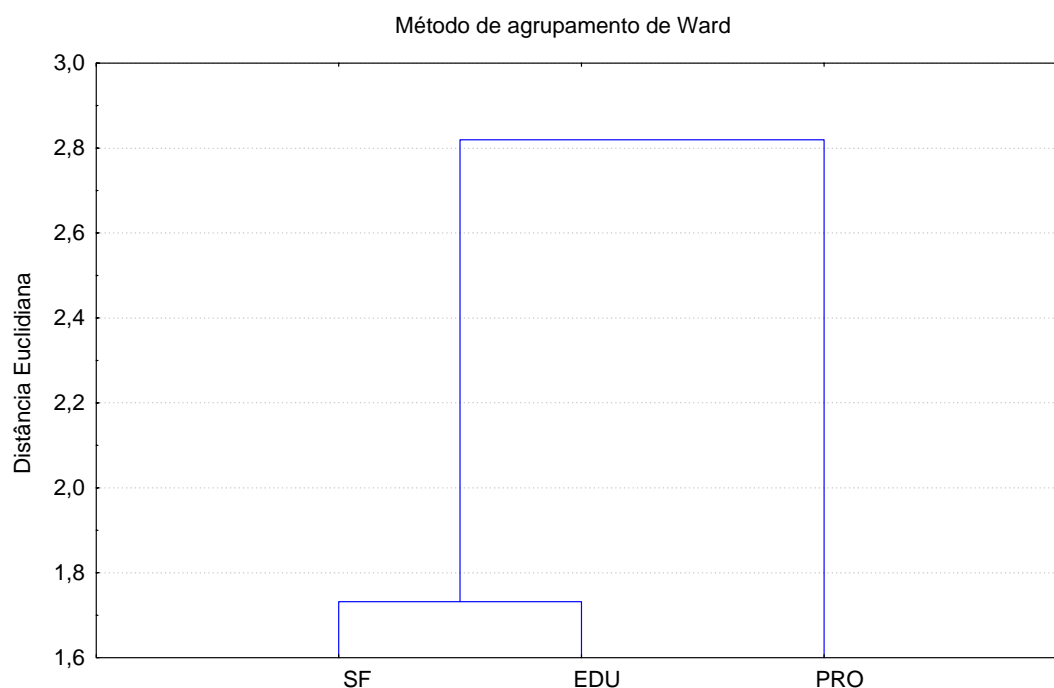


Gráfico 4: Dendrograma obtido a partir da análise de Cluster considerando às competências para Promoção, Educação e Saúde da Família.

A promoção da saúde refere-se ao conjunto de ações, de ordem institucional, governamental ou da cidadania com fins de melhoramento das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que permitam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde no qual a população passa a exercer um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida (GUTIERREZ apud BUSS, 2003 p.19).

Portanto, é função da promoção propiciar espaços de disseminação da informação de forma democrática numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender de modo a desenvolver políticas que levem em consideração a troca constante de idéias entre profissionais e famílias na busca de soluções para os problemas e necessidades de saúde apresentadas por estas (SICOLI e NASCIMENTO, 2003).

Os diagramas idealizados, que foram construídos com a colaboração de experts no assunto e validados por um grupo tão seletivo, confirma o esforço empreendido na busca da identificação dos elementos necessários para uma atuação profissional mais adequada ao novo modelo de atenção a saúde.

Na intenção de demonstrar a concordância entre as juízas considero relevante apresentar o comportamento dos pesos e a tendência de cada juíza no processo de avaliação destas competências, demonstrada no Gráfico 5.

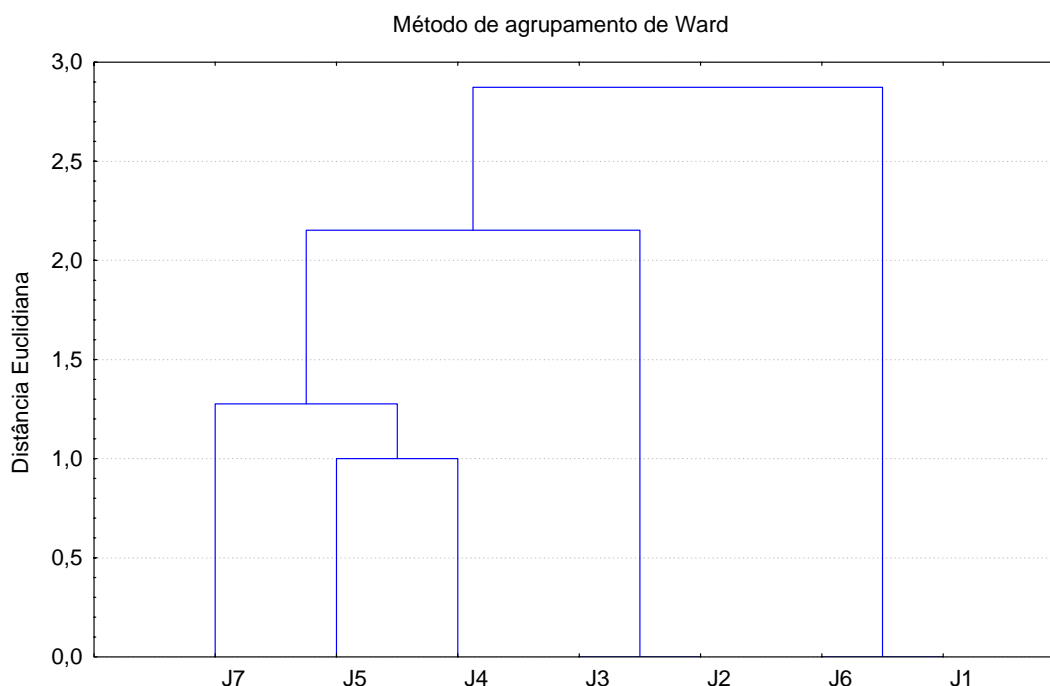


Gráfico 5 - Dendrograma obtido a partir da análise de Cluster considerando a avaliação das juízas quanto às competências para Promoção, Educação e Saúde da Família.

A representação gráfica gerada a partir da análise de Cluster nos mostra com clareza os grupamentos formados, ou seja, a similaridade de respostas entre as juízas.

As juízas 1 e 6 atribuíram os mesmos pesos para as três competências, formando um grupo idêntico. As juízas 2 e 3 também formam um segundo grupo, visto que houve total coincidência entre os pesos atribuídos por elas, assim como se aproximam das anteriores. As juízas 4 e 5 apresentaram grande proximidade de respostas, divergindo apenas quanto à atribuição de pesos na competência promoção, evidente na Tabela 2. Já para esta situação a juíza 7 foi a que obteve um padrão de resposta mais distante das demais. Vale ressaltar que mesmo assim a sua avaliação para as três competências variou entre quatro e cinco, ou seja, considerou os conceitos de Promoção e Saúde da Família com alta importância e a Educação como sendo a competência

de maior peso, muito alta importância. Esta perspectiva parece ter relação direta com a sua formação e qualificação (pedagoga em fase de douramento em Educação).

A utilização de diferentes métodos de análise procura conferir um bom poder explanatório dos resultados, na medida que apresenta formas alternativas para mensuração de similaridades dando maior visibilidade e credibilidade à pesquisa.

Construção do Instrumento

O instrumento foi construído, pela pesquisadora, na sua amplitude a partir dos últimos níveis do Diagrama de Árvore compreendendo seis módulos, com o objetivo de focalizar as competências para “Promoção, Educação e Saúde da Família” que devem ser desenvolvidas tanto nos Cursos de Graduação quanto nos Programas de Educação Continuada.

Primeiro módulo – **dados de identificação** do entrevistado.

Segundo módulo – apresenta **conceitos de competência, conhecimentos, habilidades e atitudes** para serem avaliados seguindo a escala Likert (de 0 a 10), segundo a concepção do entrevistado.

Terceiro módulo – refere-se ao desenvolvimento das competências para trabalhar com **Promoção em Saúde**, baseando-se em: Conhecimentos sobre Políticas e programas, Histórico da concepção saúde-doença, Processo de participação social, Indicadores e Recursos que interferem na Saúde. Habilidades relacionadas ao Trabalho em Equipe e Ações Educativas. Atitudes relativas à Reflexão, Educação Permanente, Valorização da Participação e Ética.

Quarto módulo – refere-se ao desenvolvimento das competências para **Educação em Saúde**, baseando-se em: conhecimentos relativos à Teoria Geral da Educação, Políticas Públicas do SUS, Conceitos de Saúde e Noções de Antropologia e Sociologia. Habilidades do profissional relacionadas ao Trabalho em Equipe, à Comunicação, à Identificação Coletiva e à Resolução de Problemas. Atitudes necessárias para a Pluralidade de Visão, à Flexibilidade, à Tolerância e ao saber Ouvir de Falar.

Quinto módulo - refere-se ao desenvolvimento das competências para **Saúde da Família**, baseado em: Conhecimentos e Habilidades relacionados aos Recursos Humanos, Recursos físicos e materiais, Epidemiologia, Políticas de Saúde e Planejamento Local. Atitudes relacionadas à Ética.

Sexto módulo – compreende a **avaliação** geral do instrumento dividido em quatro questões relacionadas com: Temática da Pesquisa, Forma e qualidade do instrumento,

Experiência de contribuir com a pesquisa e Auto-avaliação com relação ao preparo para atuar na Promoção e Educação em Saúde da Família.

A construção final do instrumento resultou em sessenta questões fechadas, ajustadas a uma Escala Likert com valores de 0 (zero) - avaliação TOTALMENTE NEGATIVA, a 10 (dez) – avaliação TOTALMENTE POSITIVA.

Entendendo que dados qualitativos enriqueceriam o mapeamento sobre as competências dos fisioterapeutas para Atenção Básica em Saúde - promoção e educação em saúde da família, favorecendo uma maior aproximação à situação real estudada, as questões do instrumento foram complementadas com perguntas abertas, que possibilitaram depoimentos, sugestões e expressões pessoais dos entrevistados demonstrados no apêndice-E.

Coleta de Dados

Para o presente estudo foram convidados todos os 26 professores fisioterapeutas do curso de Fisioterapia da Univali e os 45 alunos egressos, localizados na primeira etapa da pesquisa. Por se tratar de um estudo censitário a amostra foi composta por todos aqueles que livre e espontaneamente consentiram em responder ao questionário, totalizando 18 professores e 28 fisioterapeutas egressos, representando 69% e 62% da população, respectivamente. A aplicação do instrumento iniciou em 02 de outubro e foi concluído em 30 de novembro de 2004.

Com relação aos sujeitos da amostra o processo da pesquisa obedeceu todos os procedimentos técnicos e éticos previstos na Resolução 196/196 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, a partir do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A metodologia de aplicação do instrumento previa, inicialmente, a realização de entrevistas, porém algumas dificuldades encontradas tais como: a falta de tempo dos pesquisados, a pouca disponibilidade de alguns em responder o instrumento, a dificuldade de localizar os egressos e a distância geográfica, nos levou a substituir a entrevista pelo questionário.

Para a distribuição dos questionários foram adotadas várias estratégias. Para os professores, o instrumento foi distribuído em reuniões pedagógicas, realizadas no âmbito do curso, em escaninhos e pessoalmente. Já para os fisioterapeutas egressos iniciei pelo envio de 20 questionários via correio, contendo um envelope resposta (selado), para facilitar a devolução dos mesmos, destes sete retornaram.

A tímida participação dos sujeitos de pesquisa me levou a criar num segundo momento, outras estratégias para sensibilizar, tanto os egressos quanto os colegas professores, da importância da contribuição deles no estudo.

Passei a ter uma postura mais personalizada, procurando entregar o instrumento em mãos, explicando melhor o propósito da pesquisa. O local de trabalho dos egressos passou a ser o alvo da minha busca. No processo da procura foi interessante constatar que as Clínicas de Fisioterapia de Itajaí e Balneário Camboriú absorveram, na sua maioria, os egressos formados pelo curso de Fisioterapia da Univali. Observei que há uma forte tendência de agrupamento destes profissionais, compartilhando espaços e clientela. Foi ainda possível perceber que existe uma certa rede de apoio entre eles na medida que mesmo não pertencendo à mesma turma de formatura, eles formam um círculo de contato no qual, geralmente, mantém vínculo uns com os outros.

Considerando o pouco tempo de existência do curso (oito anos e seis meses) e tendo participado desde 2000 tanto na docência, como em função de coordenação, me permito dizer que vários fatores contribuem para as constatações acima referidas. O curso de Fisioterapia da Univali tem primado desde a sua criação pela excelência do ensino, que inclui o cuidado apurado na seleção do seu corpo docente, a organização e seriedade do projeto político pedagógico e o rigor no processo ensino-aprendizado. Devido a estes fatores e contando sobre tudo com a identificação do aluno com a profissão escolhida, os egressos do curso, hoje profissionais de fisioterapia, têm conseguido boa inserção no mercado de trabalho. O acolhimento institucional somado as atividades pedagógicas desenvolvidas no curso, acrescidas de um perfil dialógico e desprovido de autoritarismo do corpo docente, certamente tem influenciado o *status corpus* relacional e humanitário construído ao longo dos quatro anos de formação.

Contrário senso do que se possa imaginar, a participação dos professores, colegas de trabalho, também exigiu perseverança e uma "certa" insistência na entrega do questionário dentro do prazo delimitado. Provavelmente, a atribulação do dia-a-dia, o excesso de atividades relacionados com a docência e a falta de intimidade com o tema pesquisado tenham ocasionado dificuldades de adesão imediata a pesquisa.

Discussão dos Resultados

Na seqüência deste capítulo estão apresentados os dados coletados entre outubro e novembro de 2004, a partir do questionário aplicado aos fisioterapeutas que, em algum momento da sua trajetória, estiveram ligados a Univali, seja como professores e ou acadêmicos, referente à concepção destes quanto às competências dos fisioterapeutas para atenção básica em saúde da família, a serem desenvolvidas tanto nos cursos de graduação quanto nos programas de educação permanente.

Os dados coletados possibilitaram a análise estatística das questões quantitativas e das questões abertas, e estão apresentados na mesma ordem da construção do instrumento.

Dados referentes à identificação dos profissionais participantes

A análise do primeiro módulo do instrumento de pesquisa, denominado dados de identificação foi feita por meio de medidas de tendência central como a mediana e os escores encontrados serão apresentados de forma descritiva.

Dos quarenta e seis fisioterapeutas participantes do estudo, 18 são professores do curso de fisioterapia da Univali e 28 são profissionais egressos do mesmo curso, sendo que 37 são do sexo feminino e 9 são do sexo masculino, ilustrado no Gráfico 6.

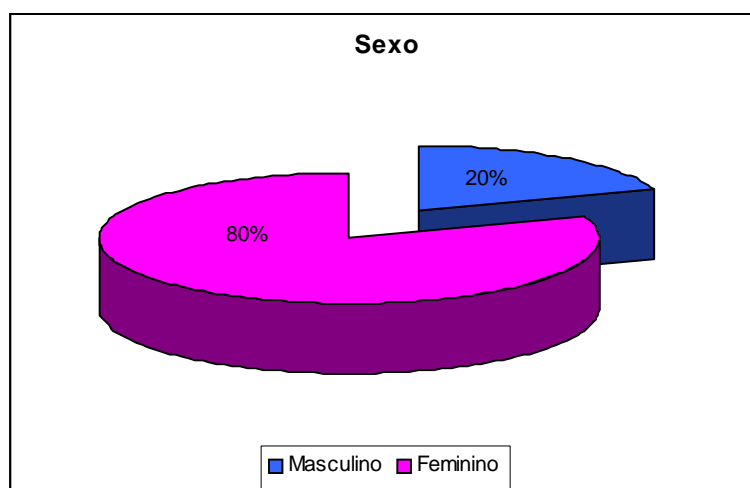


Gráfico 6: Distribuição da amostra quanto ao sexo.

A predominância do universo feminino encontra-se coerente com a proporção de pessoas que buscam a profissão. Estudos relacionados com o perfil socioeconômico e cultural dos

calouros concluem que 15,2% dos ingressantes no curso de fisioterapia da Univali são do sexo masculino, enquanto que 84,8% são do sexo feminino (UNIVALI, 2004).

As demais variáveis que compõem este item dizem respeito a: idade, área de atuação, tempo de formado, cidade onde trabalha, campo de atuação e titulação.

Os fisioterapeutas docentes do curso de fisioterapia da Univali têm entre 27 e 38 anos, sendo que a idade mediana é de 30 anos. Concluíram a graduação há aproximadamente 7,5 anos, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, e exercem a função de docente no máximo há 4 anos. Quanto à titulação, apenas 1 é mestre e 17 são especialistas, sendo que destes 7 estão em fase de qualificação *strictu sensu*. E, por constituírem 69 % dos fisioterapeutas docentes do curso, representam a maioria das áreas de especialização da fisioterapia.

Já os fisioterapeutas egressos do curso, participantes deste estudo, têm entre 22 e 29 anos, sendo que a idade mediana é de 25 anos. Concluíram o curso de graduação há 3 anos, sendo que 13 permanecem com a titulação de graduados, enquanto 15 já possuem titulação de especialista. Quanto aos campos de atuação 74 % exercem suas atividades profissionais em clínicas, 11 % em consultórios, 7% em hospitais, 4 % em postos de saúde e 4 % apenas na Universidade, como docente, conforme Gráfico 7.

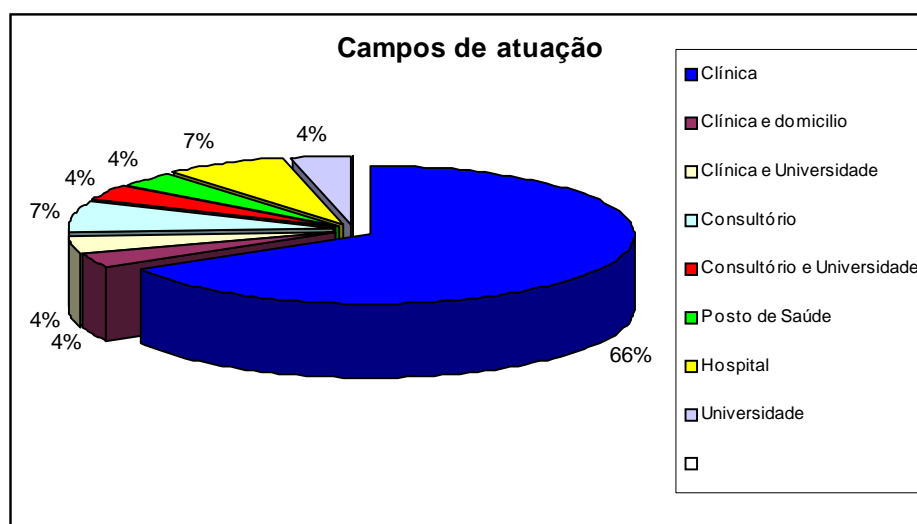


Gráfico 7 : Distribuição dos fisioterapeutas quanto ao campo de atuação.

Quanto às áreas de atuação foi possível identificar que a Ortopedia concentra um maior número de profissionais egressos, perfazendo um percentual de 61% , seguido pela Neurologia,

10 %, Fisioterapia Respiratória e Dermato-funcional com 7% e demais áreas (Ginecologia, Hidroterapia, Urologia, Proctologia, Acupuntura e Saúde Coletiva) 3%, demonstrado no Gráfico 8.

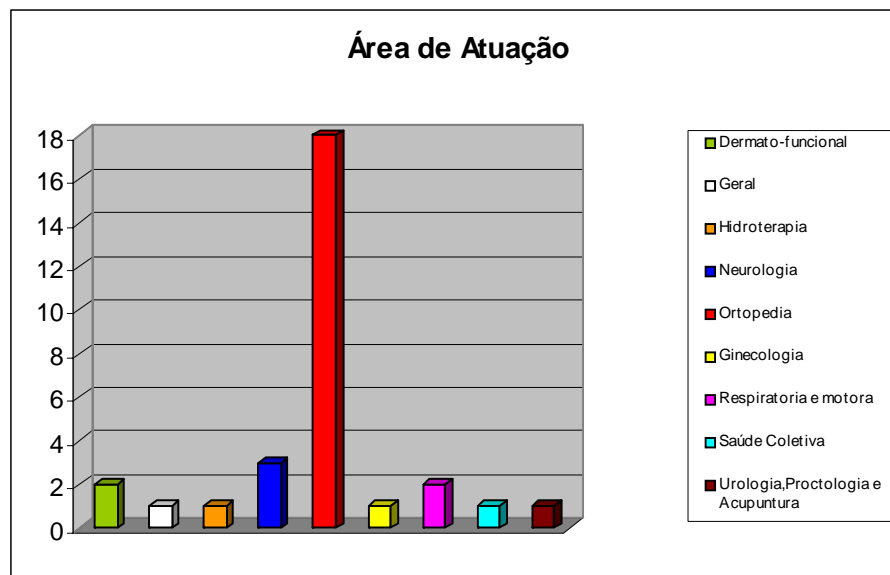


Gráfico – 8 : Distribuição dos fisioterapeutas quanto à área de atuação profissional.

Estes dados nos permitem fazer as seguintes considerações.

Comparando as duas categorias participantes do estudo percebe-se que a diferença de idade entre os professores fisioterapeutas e os profissionais egressos é pequena; a pouca idade dos professores combina com a jovialidade do curso, tanto na Univali, como no Estado de Santa Catarina e de uma forma geral no Brasil. O primeiro curso de fisioterapia criado no Estado de Santa Catarina foi em 1986, na Faculdade de Psicologia da Associação Catarinense de Ensino; durante 10 anos esta foi a única escola de graduação em fisioterapia no estado (ACE, 2004).

Na variável titulação, observa-se que, apesar de 94% dos professores serem especialistas, está ocorrendo um movimento de qualificação entre eles, visto que 39% se encontra em fase de realização de mestrado. A partir da década de noventa proliferaram cursos de fisioterapia em todo o estado de Santa Catarina, conseqüentemente uma nova perspectiva de atuação se abriu para este profissional. A profissão até então dirigida para o mercado liberal encontrava-se desprovida de titulação adequada para docência, porém sendo a oferta maior do que a procura a admissão de docentes ocorreu sem muita exigência no aspecto titulação. Somado a este fator encontra-se a escassez de cursos de Pós-graduação strictu sensu no âmbito da fisioterapia. Atualmente existem

apenas dois cursos de mestrado específicos na área de Fisioterapia, sendo um em São Carlos, estado de São Paulo e o outro em Uberlândia, estado de Minas Gerais (CAPES, 2004). A inclusão desta categoria, no quadro discente de programas de mestrado em áreas afins é bastante recente. Por outro lado, pode-se dizer que a titulação docente encontra-se aquém da expectativa do universo acadêmico e que esta é uma realidade que tende a ser superada na medida em que o MEC passa a valorizar a titulação docente, conforme o sistema nacional de avaliação do ensino superior – SINAES, bem como na medida em que a educação vai se tornando mais acessível, mais próxima, descentralizada dos grandes centros e aberta para o profissional fisioterapeuta.

Entre os profissionais egressos, percebe-se a tendência destes em dar continuidade aos estudos, numa perspectiva clara de busca pelo aperfeiçoamento em decorrência natural do processo de acirramento da competitividade no mercado de trabalho.

Tanto no que se refere à área de atuação quanto campo de trabalho, podemos perceber a supremacia da formação flexneriana, tendo em vista a inserção dos profissionais fisioterapeutas em ambientes clínicos e hospitalares; alguns docentes ainda mantêm uma relação ativa enquanto profissional liberal em conformidade com suas formações especializadas e voltadas às ações de reabilitação.

2. Dados relacionados às competências na concepção de profissionais fisioterapeutas.

Os dados apresentados a partir deste momento buscam expressar o índice de desempenho obtido a partir dos últimos níveis do Diagrama de Árvore, representados no questionário sob forma de afirmativa e avaliados pelos participantes numa escala de 0 a 10. O índice absoluto será submetido a um critério subjetivo que busca estabelecer correspondência entre os valores alcançados e as regiões atingidas, em termos de Fracasso, Indefinição, ou Sucesso. Relembrando a escala ordinal, os intervalos de 0,0 a 4,0 apontam para índice de fracasso no desempenho; de 4,1 a 7,0 para índice de indefinição; e a partir de 7,1 até 10 temos o resultado de sucesso, que é tanto maior quanto mais próximo de 10 este índice chegar.

Tomando como referência à metodologia utilizada neste estudo, pode-se dizer que além dos quarenta e seis profissionais de fisioterapia, respondentes do questionário, sete experts da temática estudada, colaboraram para a validação das competências dos fisioterapeutas para atenção básica em saúde da família, através do método do júri.

A obtenção de cada índice dos componentes da árvore colabora para o estabelecimento dos índices imediatamente superiores, numa relação inversa da construção do diagrama, ou seja,

partiu da avaliação dos últimos níveis de decomposição da proposta até chegar ao primeiro nível, tema nominativo do estudo, constante no apêndice F.

Captar nesta fase final da investigação os resultados quantitativos possibilita, num segundo momento, o processamento e a leitura detalhada com todas as considerações que se fizerem necessárias para discussão.

Os resultados mostrados no Gráfico 9, referem-se a avaliação dos conceitos de competência, conhecimentos, habilidades e atitudes.

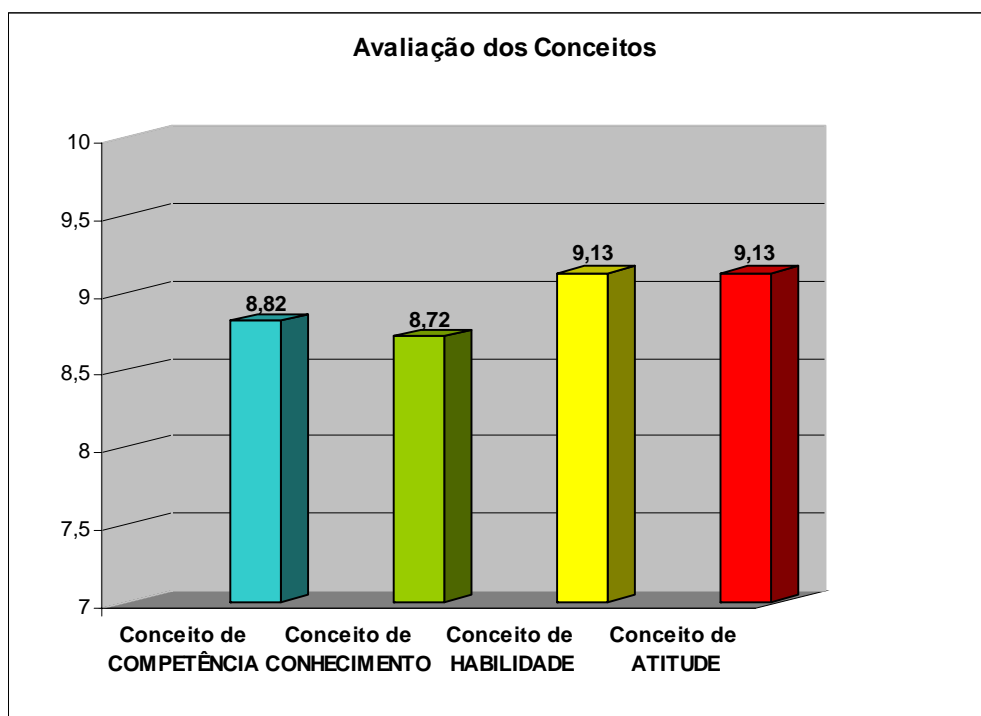


Gráfico 9: Histograma dos Escores dos índices de desempenho dos conceitos.

Diante dos resultados obtidos, salientamos os altos índices de desempenho atribuídos aos conceitos nucleares estabelecidos para este estudo, mostrando que todos se apresentam dentro da Região de Sucesso.

Num momento em que se desvela para o fisioterapeuta uma nova perspectiva de atuação, seja pela evolução do conceito de saúde, ou pela evidência em que se encontra o tema Saúde da Família, entendida como espaço de integralidade bioantropossociocultural (Schramm, 1996), o

conceito de competência adquire grande importância. Para Perrenould (2002 p.164 - 166) a noção de competência refere-se a:

[..] capacidade de compreender determinada situação e reagir adequadamente frente a ela. [..] relaciona-se ao "saber fazer algo", que por sua vez envolve uma série de habilidades [..] inseridas no contexto de uma visão sistêmica. Deste modo, as competências revelam-se em um profissional reflexivo, capaz de avaliar e de se auto-avaliar de acordo com uma postura crítica. [..] conseqüentemente refletem-se nas tomadas de decisões, no que diz respeito à escolha de estratégias adaptadas aos objetivos estabelecidos e às exigências éticas da profissão.

Nos tempos atuais, as competências adquirem o sentido de transformar conhecimentos, experiências, aptidões e inclusive habilidades em resultados. De forma que, para Enio Resende ser competente é saber obter resultados na execução das tarefas, que tanto melhores serão quanto maior for a utilização de recursos de qualificação e capacitação pessoal (Moura e Carvalho, 1999, p. 12).

Das três dimensões que compõem a competência, os conceitos de habilidade e atitude encontram-se na região de maior sucesso, quando comparados com o conceito de conhecimento.

Harb (2001) define conhecimento como sendo uma série de informações compreendidas e absorvidas pelo indivíduo; habilidade refere-se à capacidade do indivíduo em aplicar e fazer uso do conhecimento por ele apreendido e atitude como sendo as condições complexas do ser humano, que afetam o estado comportamental das pessoas, ligadas as questões sociais e afetivas relacionadas ao trabalho.

O conceito de habilidade está relacionado com a forma de execução das tarefas, na aplicação dos conhecimentos, no agir e no pensar. Percebe-se assim que as habilidades favorecem a aplicação de competência no desenvolvimento do trabalho (RESENDE, 2000). As habilidades estão associadas ao saber-fazer: ação física ou mental que indica a capacidade adquirida (MORETTO, 2004).

As atitudes dizem respeito ao saber ser, as predisposições para as decisões e ações construídas a partir de referências estéticas, políticas e éticas. De forma articulada aos conhecimentos e habilidades, mobilizam os padrões da prática para a qualidade requerida de um profissional por uma determinada organização (DELUIZ, 1995).

É inegável a sinergia existente entre estas três dimensões: saber como, saber-fazer e saber-ser, porém considerando que não existe competência sem referência a um contexto no qual ela se materializa (PERRENOUD, 2002), o fazer do fisioterapeuta assume grande importância no planejamento e execução de ações, na atenção básica, especialmente no que se refere a promoção,

educação e saúde da família, que vão desde as mais simples como a capacidade de expressão nas diversas linguagens, até as formas mais elaboradas como a identificação de situações-problema, pensar sobre e elaborar propostas de intervenção na realidade das famílias.

O resultado apresentado no Gráfico 10 reúne a avaliação das competências considerando os núcleos promoção, educação e saúde da família.

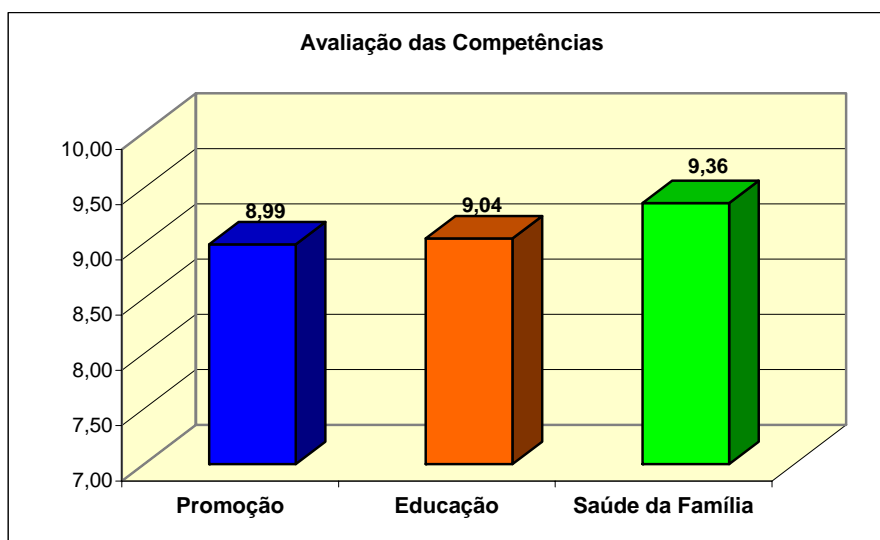


Gráfico 10: Histograma dos Escores dos índices de desempenho de avaliação das competências.

Mais uma vez, observa-se que os três conceitos nucleares encontram-se na região de sucesso, no entanto as competências para saúde da família aparecem em maior destaque, provavelmente isto se deva a conjuntura atual, foco central do estudo. Embora a população participante do estudo esteja pouco inserida no contexto de atuação da temática, não está alheia a roda de discussões fomentada pelo Ministério da Saúde e divulgada pela mídia, tampouco ignora o novo modelo de atenção a saúde e sua estratégia mais inovadora, o PSF.

Segundo Buss (2003), o conceito de promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde. Desta forma, relaciona-se com o desenvolvimento humano sustentável, na medida em que articula fatores determinantes internos e externos para o enfrentamento dos problemas da comunidade.

A educação em saúde objetiva transformar o ser humano nas suas dimensões social, ética, política e comunitária.

Quanto a avaliação das competências relacionadas com a promoção da saúde destacam-se as habilidades com índice de desempenho igual a 9,21 , seguidas pelas atitudes com 8,95 e conhecimentos com 8,85 demonstrado no Gráfico 11.

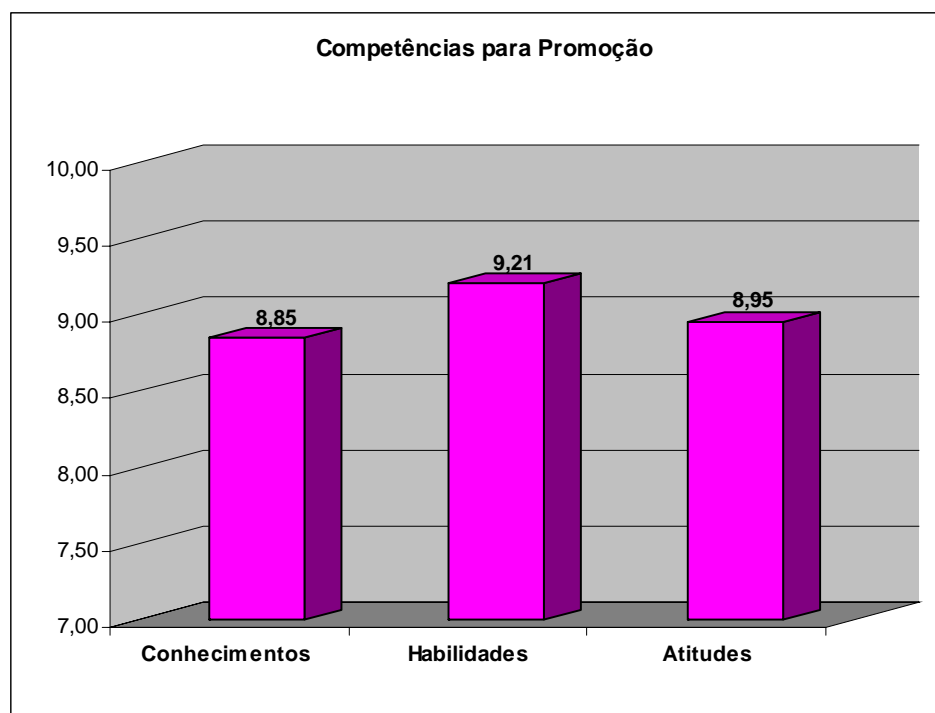


Gráfico 11: Histograma dos Escores dos índices de desempenho das competências para promoção da saúde.

As habilidades para promoção da saúde, entendida como o conjunto de práticas predominantemente adquiridas através de repetição e reelaboração crítica, que conferem ao profissional de fisioterapia o domínio psicomotor, o saber – fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação, apóia-se sobre dois importantes eixos, o trabalho em grupo e a ação educativa. Sendo que o trabalho em grupo, na visão dos professores e egressos da UNIVALI obteve o maior índice de importância para a formação do fisioterapeuta.

O trabalho em grupo favorece a interação entre a família e os profissionais de saúde a partir de momento em que este souber se comunicar (ouvir e falar), compartilhar saberes técnicos e populares, motivar as pessoas para as atividades de promoção em saúde e pactuar com a comunidade, negociando divergências e dificuldades encontradas durante as ações de intervenção.

As atitudes para a promoção da saúde da família obtiveram o segundo maior índice, sendo que o componente que se encontra na região de maior sucesso é o que trata da valorização da participação, a partir da motivação para a participação e o respeito aos valores culturais.

Raup (2001 p. 19) trata a participação na atenção básica como um espaço de fala, de diálogo entre os saberes técnico e popular em que os sujeitos sociais constroem interpretações comuns da realidade e assumem compromissos e realizam ações em busca de melhores níveis de vida e saúde da comunidade.

Finalmente os conhecimentos por ordem de importância: Recursos que interferem na saúde, indicadores de saúde (conhecer a população, epidemiologia), o processo de participação para promoção em saúde, políticas e programas e, por último, concepção e histórico de promoção em saúde, conforme quadro demonstrativo.

Quadro 1: Índices de desempenho atribuído às competências relacionadas aos conhecimentos para promoção da saúde da família.

| Conhecimentos | Índice de Desempenho |
|----------------------------------|----------------------|
| Recursos que interferem na saúde | 9,47 |
| Indicadores de saúde | 9,23 |
| Participação em Saúde | 8,82 |
| Políticas e Programas | 8,60 |
| Concepção e Histórico | 8,06 |

Da educação em saúde

Moura e Carvalho (1999) atribuem à educação a grande chave capaz de abrir portas do conhecimento, principalmente do auto-conhecimento, que possibilita a conscientização de que o ser humano faz parte de uma grande família universal.

O Gráfico 12 nos mostra que dentre as dimensões da competência para educação em saúde destaca-se, em primeiro lugar, as atitudes, em segundo as habilidades e em terceiro os conhecimentos. Para Vasconcelos (1997 p.20), a educação em saúde precisa ser entendida como

um campo de diálogo, ou seja, troca de saberes, no qual o saber científico e o saber popular interagem de forma complementar tendo cada um deles muito a ensinar e a aprender. Neste sentido torna-se fundamental ter humildade e respeito com o outro.

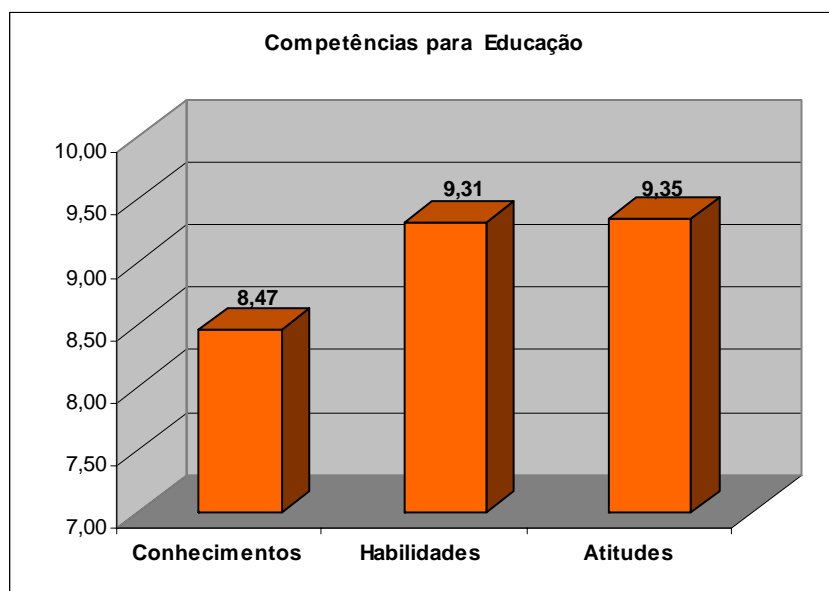


Gráfico 12: Histograma sobre as competências para educação em saúde.

Para que se possa alcançar êxito no propósito da educação em saúde é essencial que o profissional de fisioterapia seja habilidoso na arte da comunicação. Comunicar-se significa estabelecer com o outro alguma forma de interação. A comunicação pode ser exercida através do diálogo. Na concepção de Freire (1987), o diálogo é essencial para uma educação libertadora e, para que se tenha uma interação dialógica, é necessária uma relação horizontal entre os sujeitos. Para atuação na atenção básica, o diálogo é condição fundamental para o trabalho em equipe e deve perpassar as relações entre os profissionais da saúde e a família.

Quanto aos conhecimentos que devem ser desenvolvidos na formação do fisioterapeuta para atuação em educação em saúde, a população participante deste estudo considerou todos os componentes constantes no diagrama de árvore como importantes, porém com maior sucesso os assuntos relacionados as Políticas Públicas de Saúde – SUS, com índice de desempenho igual a 8,86 e o paradigma construtivista, com 8,39.

Segundo Moraes (2001), uma proposta educacional construtivista parte do pressuposto de que o pensamento não tem fronteiras, que ele se constrói, se destrói e se reconstrói a cada

momento. Encontra-se em processo de construção e reconstrução permanente, no qual não existe saber acabado. O aprendizado é o resultado da relação de complementaridade entre sujeitos e meio onde vivem.

A educação em saúde deve ser vista como um processo contínuo e participativo, no qual a família passa a compreender melhor o processo saúde-doença-saúde vislumbrando na promoção da saúde a possibilidade de garantir a integralidade das ações. Este processo que é também pedagógico, tanto para profissionais da saúde quanto para a família, pode mudar a forma e os resultados do trabalho em saúde, além de transformar pacientes em cidadãos, co-partícipes do processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004).

Saúde da Família

Das competências relacionadas com a Saúde da Família destacam-se em primeiro lugar as relacionadas com as atitudes, em segundo as habilidades e em terceiro os conhecimentos. Os índices de desempenho obtidos, mais uma vez refletem o sucesso da proposta estabelecida, conforme demonstrado no Gráfico 13.

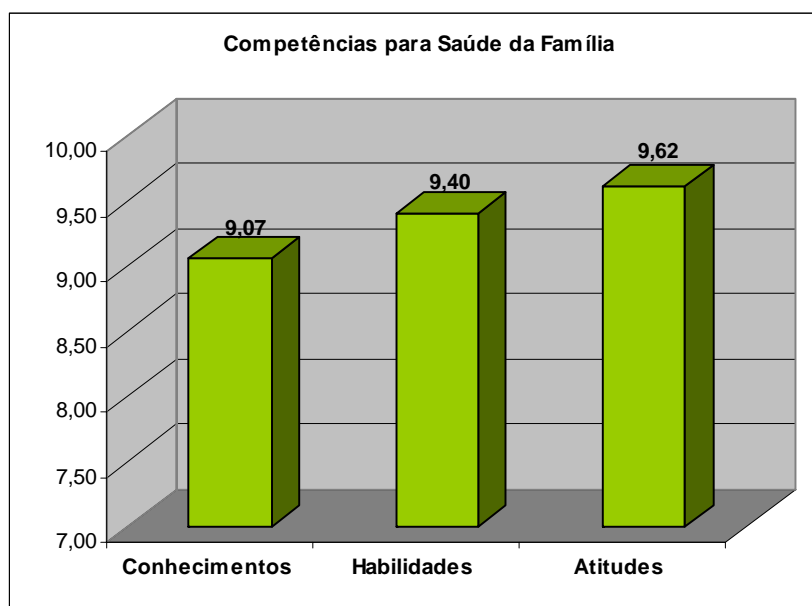


Gráfico 13: Histograma referente às competências para Saúde da Família.

No que se refere ao comportamento do fisioterapeuta frente à saúde da família destaca-se o saber ser ético, especialmente o que trata do compromisso e o respeito com o núcleo familiar e a comunidade.

Segundo o código de ética profissional o fisioterapeuta tem o dever de:

[...] respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; [...] prestar assistência ao indivíduo, respeitados a dignidade e os direitos da pessoa humana, independentemente de qualquer consideração relativa à etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio-econômica e cultural [...] (COFFITO, 1978, p.64).

O grupo participante deste estudo considerou de fundamental importância para o fisioterapeuta o desenvolvimento de habilidades relacionadas com a metodologia de trabalho com a família, especialmente as que dizem respeito as responsabilidades do profissional no processo de intervenção e gerenciamento sobre a saúde da família.

Consideraram ainda que o desenvolvimento de competências para a saúde da família requer muitos conhecimentos do profissional fisioterapeuta, especialmente os elegidos para esta proposta. Dentre os vários assuntos a serem desenvolvidos na formação profissional destacaram o conhecimento sobre cidadania sob uma ótica interdisciplinar.

Desta forma, a cidadania é a plena capacidade que as pessoas deverão ter sobre o exercício dos seus direitos, para o qual é fundamental o conhecimento e o livre acesso a este. Assim, o papel do fisioterapeuta também é o de ser um disseminador dos direitos da comunidade, considerando todos os elementos, ou setores, que contribuem para a melhora ou piora da qualidade de vida da família.

Finalizando o estudo é possível afirmar que, segundo a opinião dos fisioterapeutas, a proposta apresentada para a formação do profissional de fisioterapia, no que se refere à atenção básica em saúde, com foco na promoção e educação em saúde da família, foi considerada ideal. O índice total de desempenho resultante alcançou o valor numérico de 9,14 que, comparado à escala de subjetividade reflete região de pleno sucesso.

Considerando a relevância da pesquisa e a importância da participação dos profissionais fisioterapeutas neste estudo, apresentaremos a seguir os comentários, sugestões ou depoimentos sobre os conceitos apresentados no instrumento, referidos nas questões abertas, sob forma de quadro e classificados em pólos de significado.

| Categoria | PÓLOS | |
|---|--|--|
| | UNIVERSAIS: Comentados e sugeridos pela maioria dos fisioterapeutas. | ESPECÍFICOS: Sugeridos/indicados por um ou outro fisioterapeuta. |
| Conceito de Competência | <ul style="list-style-type: none"> - O desenvolvimento de competências relaciona-se com o fazer profissional, a prática. - Ser competente não é só saber e saber-fazer, mas de fundamental importância é ter atitude, sem desvalorizar as demais capacidades. - O conceito apresentado está completo. | <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade de atendimentos e condições de trabalho acabam influenciando na competência do profissional. - O diálogo é ferramenta importante para atingir a competência. - Competência confere idoneidade e aptidão ao profissional. - É necessário gostar do que faz e acreditar que seu trabalho é eficaz. - Desenvolver o trabalho em equipe e individual. - Acrescentar ao conceito expressões como resultados obtidos e confiabilidade. |
| Conceito de Conhecimentos | <ul style="list-style-type: none"> - O profissional fisioterapeuta tem que estar sempre buscando o conhecimento, independente do tempo de formação. - Também é adquirido através da prática. - O conhecimento aprofundado gera segurança na tomada de decisão. | <ul style="list-style-type: none"> - Vivências e discussões com os colegas também podem contribuir para o conhecimento. - Aquisição de conteúdos envolve além da exposição e literatura, a interpretação e discussão, permitindo a re-elaboração crítica dos conteúdos. - São conteúdos aprendidos, adquiridos pela cultura e experiências do indivíduo. |
| Conceito de Habilidades | <ul style="list-style-type: none"> - Adquiridas com a experiência profissional individual, portanto de forma contínua. | <ul style="list-style-type: none"> - Relacionada com dom. - Habilidades também podem ser herdadas. - Os conhecimentos são essenciais para o saber fazer e a tomada de decisões. - As práticas de repetição conferem aprimoramento. - Questiono se habilidades são adquiridas ou desenvolvidas. - Confere ao profissional a oportunidade de demonstrar sua capacidade. |
| Conceito de Atitude | <ul style="list-style-type: none"> - Relacionada com postura ética muito enfatizada durante a graduação. - Adquiridas na infância e influenciadas pelo contexto cultural, familiar e educacional. | <ul style="list-style-type: none"> - Refere-se a personalidade de cada um. - Atitudes levam a aquisição de habilidades e estas à formação das competências sustentadas pelos conhecimentos (base da pirâmide). |
| Conhecimentos relacionados à Promoção em Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a situação sócio-cultural da família. - Conhecer as necessidades e desejos da comunidade quanto a promoção em saúde. - Conhecer sobre a saúde familiar, suas características e limitações. | <ul style="list-style-type: none"> - Saber elaborar programas de promoção em saúde. - Ter conhecimento específico nesta área (graduação ou pós-graduação). |
| Habilidades Relacionadas à Promoção em Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Ter criatividade, conhecimento e experiências para realizar ações de promoção em saúde. - Saber identificar problemas, assim | <ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecimento sobre administração para poder unificar todos o processo. - Ter bons contatos, boas relações com a família. |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>como ter capacidades de avaliar o próprio trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser humilde e reflexivo. - Importante saber identificar as competências dos membros da equipe numa perspectiva interdisciplinar. | |
| Atitudes relacionadas à Promoção em Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> -Ter paciência, desprendimento, disponibilidade. - Saber respeitar a individualidade de cada um, procurando alcançar os objetivos dentro da limitação destes. -Ser flexível. Valorizar a família. | <ul style="list-style-type: none"> - Respeitar as condutas do tratamento de outro profissional e quando erradas intervir de forma respeitável o colega profissional. - Saber distanciar-se do processo e analisá-lo não como participante, mas como observador. - Respeitar critérios morais e culturais. - Evitar "pré-conceitos". |
| Conhecimentos relacionados à Educação em Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o perfil sócio-econômico, cultural e de escolaridade da comunidade. - Abordar este tema na graduação, motivar os universitários a trabalhar nesta área. | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os direitos e deveres relacionados à saúde. |
| Habilidades relacionadas à Educação em Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Saber compartilhar, saber ouvir , saber ser crítico, saber buscar, soluções para problemas, apontar caminhos. | <ul style="list-style-type: none"> - Ser organizado no trabalho. |
| Atitudes relacionadas à Educação em Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Nada a acrescentar. | <ul style="list-style-type: none"> - Determinação: não desistir diante de diversos obstáculos encontrados. - Um trabalho em conjunto não requer líder. - Devemos ter cuidado com a afetividade, para não perdermos a credibilidade, sabendo impor-se quando necessário. |
| Conhecimentos relacionados à Saúde da Família. | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o perfil socioeconômico da família e sua rede de apoio. | <ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecimento sobre valores culturais e antropologia, sem ter uma visão sobre cidadania de nada adiantam. |
| Habilidades relacionadas à Saúde da Família. | <ul style="list-style-type: none"> - Saber avaliar o processo de trabalho e modificá-lo quando necessário. | <ul style="list-style-type: none"> - Saber identificar quando acaba seu trabalho e começa da família. |
| Atitudes relacionadas à Saúde da Família. | <ul style="list-style-type: none"> -Exercer o diálogo de forma permanente. -Dividir responsabilidades com a família. | <ul style="list-style-type: none"> - Ter respeito com o núcleo familiar, comunidade e entre a equipe de trabalho. |

Este resultado representa um grande avanço no campo da Fisioterapia, visto que as Diretrizes Curriculares Nacionais em essência prevêm competências gerais para o fisioterapeuta no âmbito da atenção básica, porém não especificam quais são estas competências.

Para Paula et al (2004), a promoção da saúde, focalizada na qualidade de vida das pessoas, deve considerar a comunidade o centro do processo de educação em saúde numa relação ativa de participação para o auto-cuidado.

Neste sentido espero poder contribuir diretamente na formação do profissional de fisioterapia através da reorientação curricular, seja na graduação ou em programas de educação permanente.

Estudos realizados por Amâncio Filho (2004), reforçam a necessidade de discutir sobre a formação do profissional em saúde, enfatizando a necessidade de estabelecer uma proposta política e pedagógica que permita a aquisição e o domínio de competências, habilitando-os a compreender, atuar e enfrentar, de modo crítico, as mudanças que vêm se processando no mundo do trabalho.

Durante a aplicação do questionário foi interessante perceber a reflexão que a pesquisa proporcionou aos participantes, tanto em relação ao tema em si quanto ao momento profissional em que se encontravam demonstrada no Gráfico 14.

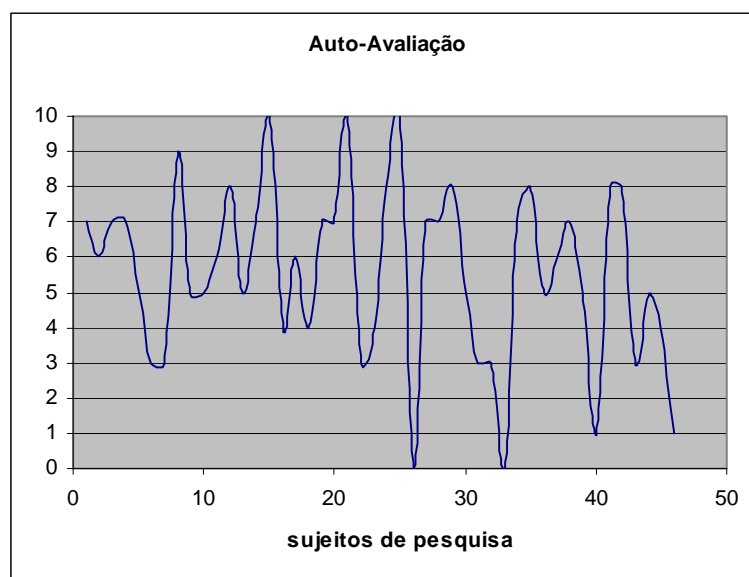


Gráfico 14: Auto-Avaliação dos sujeitos da pesquisa.

O histograma apresentado no Gráfico 14 mostra o resultado da última questão do questionário relacionada com a avaliação geral, mais especificamente com a auto-avaliação, ou seja, com o momento em que o participante da pesquisa faz a reflexão e se avalia quanto a própria competência para atuação na promoção e educação em saúde da família.

O índice de desempenho alcançado neste momento, considerando os quarenta e seis sujeitos da pesquisa foi de 5,59, ou seja, encontram-se em região de indefinição quando comparado a escala subjetiva.

O paradoxo gerado a partir deste resultado é no mínimo interessante, visto que foram capazes de avaliar e validar a proposta idealizada como necessária para a formação do fisioterapeuta neste âmbito de atuação, no entanto, consideram que ainda não estão suficientemente preparados para tal.

A explicação para este fenômeno encontra-se registrada nos depoimentos dos sujeitos, durante a aplicação do questionário, quando afirmam que não tiveram ensinamentos teóricos suficientes sobre o tema durante a graduação, tampouco na pós-graduação, porém no cotidiano profissional deparam-se com esta nova realidade. Desta forma, consideram fundamental a inserção de conteúdos que abranjam políticas públicas de saúde e saúde da família na formação básica, assim como estudos que contribuam para a retro alimentação do ensino e da atualização profissional.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

6 CONSIDERAÇÕES e CONTRIBUIÇÕES.

Este estudo teve como proposta mapear as competências necessárias para a atuação do fisioterapeuta na atenção básica em saúde, tendo como foco a promoção e educação em saúde da família. Para tal fui a campo e busquei definir, juntamente com profissionais da saúde, quais os conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser desenvolvidas no ensino de fisioterapia para alcançar a promoção e educação em saúde da família. A identificação das competências possibilitou a construção de um diagrama de árvore, composto por oitenta e dois elementos considerados ideais para o domínio cognitivo, psicomotor e afetivo do fisioterapeuta.

Uma vez estabelecidas às competências, com a participação de três *experts* no assunto, elegi um corpo de sete juízas para que dessem sua opinião sobre a proposta concebida, ponderando cada componente do Diagrama de Árvore. O resultado desta etapa norteou a continuidade do estudo, visto que o diagrama construído foi totalmente aprovado pelas juízas.

Validada a proposta idealizada submeti a apreciação de profissionais fisioterapeutas ligados ao curso de Fisioterapia da UNIVALI, professores e egressos, com o objetivo de conferir credibilidade ao estudo, pois estando estes em exercício profissional poderiam apontar, com maior pragmatismo, as necessidades para este âmbito de atuação. Estes pontuaram que as competências identificadas encontram-se na região de sucesso.

A metodologia utilizada, ao mesmo tempo em que se apresentou como um desafio a ser vencido, tendo em vista a sua complexidade, trouxe confiabilidade e segurança ao estudo, pois cada etapa realizada conferiu sustentabilidade à etapa seguinte. Desta forma, tomo a liberdade de sintetizar a metodologia em três etapas: construção do diagrama, validação ou ponderação dos componentes e avaliação das competências sugeridas.

Ao término deste estudo pude constatar o grande conhecimento, por mim adquirido, seja no campo profissional como pessoal. Seus desdobramentos e socialização certamente trarão implicações para as mais diversas áreas do relacionamento humano.

O programa de mestrado profissionalizante em saúde aliado a este trabalho também me proporcionou novas visões da realidade do sistema de saúde brasileiro. Da visão reducionista, fragmentada e de assistência individual, pude conhecer melhor os princípios do SUS e reconhecer a família como lócus de vida das pessoas. Mais do que aprendizado teórico, em sala de aula, vivenciei troca de saberes com demais profissionais de saúde, visto que a classe era composta por representantes de quase todas as profissões, num verdadeiro exercício interdisciplinar.

Como resultado desta conquista destaco a visão multidisciplinar necessária para o desenvolvimento de competências, sejam elas de domínio cognitivo, psicomotor ou afetivo, para a atuação na saúde da família.

As competências mapeadas como necessárias ao fisioterapeuta para atuação na atenção básica em saúde da família, evidenciaram uma forte articulação entre os atores sociais e os fatores que interferem na saúde da família.

Por se tratar de um trabalho inédito, no que se refere à identificação e construção detalhada das competências dos fisioterapeutas, poderá contribuir de forma significativa à realidade de saúde preconizada e desejada no país, superando assim o fosso entre a saúde que se tem e a saúde que se quer.

A focalização na promoção e educação em saúde da família trás um profundo desejo de contribuir na concepção do processo saúde-doença, bem como da participação do fisioterapeuta na atenção primária, seja esta no Programa Saúde da Família ou qualquer outra estratégia de saúde que envolva a família.

Após a realização deste estudo percebe-se que a Fisioterapia tem um longo caminho a ser percorrido para que aconteçam transformações significativas, tanto no saber técnico como no humano. É preciso romper velhas concepções e vislumbrar novas possibilidades, pois a todo o momento a realidade nos impõe novos desafios. O fazer fisioterapêutico, mesmo o mais simples e mais previsível, exige o saber e o saber-fazer, pois toda a práxis necessita de um sujeito bem preparado, capaz de pensar e atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS.

Além do prazer na sua realização, este estudo resgatou lembranças de um passado nem tão recente, época em que fui estudante da graduação na Universidade Federal de Santa Maria (RS), na década de 80, onde tive a oportunidade de vivenciar práticas assistências em comunidades, atividades consideradas de extensão universitária. Embora distante do novo modelo de atenção à saúde, visto que seu caráter era puramente reabilitador e preventivo, portanto focado na doença, mas com certeza embrião de meus sonhos, o sujeito coletivo e a promoção da saúde.

A formação do fisioterapeuta não se constrói por simples acumulação de conhecimentos, mas sim através da reflexão sobre a realidade, num processo constante de reconstrução da identidade pessoal e profissional.

Desta forma a participação de professores e egressos do curso de Fisioterapia da UNIVALI se constituiu num verdadeiro exercício de reflexão, evidenciando que tanto aqueles que tem a responsabilidade de formar profissionais para o mercado de trabalho como os que se

encontram no exercício profissional são capazes de avaliar e nortear o novo perfil de formação do fisioterapeuta, ampliando o horizonte de atuação da Fisioterapia.

Os dados encontrados neste estudo apontam para inovação na formação do fisioterapeuta. Pode-se afirmar que, a luz da literatura e percepções profissionais, as competências identificadas tornam-se necessárias para que aconteçam mudanças na formação dos recursos humanos para a consolidação do SUS.

No entanto, não basta formular propostas, é necessário torná-las realidade. É preciso estabelecer políticas educacionais, tanto na graduação como na educação continuada que superem o dilema tecnicista da formação do fisioterapeuta.

Espero, portanto, contribuir com as instituições formadoras, especialmente no ensino de Fisioterapia, visto que as Diretrizes Curriculares Nacionais, lançam como orientação a formação de profissionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, porém não fornecem elementos suficientes para o atingimento deste perfil.

A construção das competências de forma conjunta, universidade e serviço, representada por professores e profissionais, certamente servirá para guiar estudos posteriores, bem como a orientação de um currículo mais humano e menos técnico.

Com esta dissertação, espera-se colocar o humano no centro das nossas inquietações. O que se pretende é provocar atitudes de reflexão que rompam amarras e vícios do sistema fragmentado do ensino de fisioterapia. E por fim, poder tornar a Fisioterapia mais acessível, equânime e integral na medida que sai do individual para o familiar.

Contudo, este é apenas o primeiro passo; sugiro que se dê continuidade ao estudo por meio de pesquisas que validem esta proposta, bem como que apontem caminhos para a sua implantação.

REFERÊNCIAS

ACE, Faculdade de Ciências da Saúde de Joinville – SC. Curso de Fisioterapia. Disponível em: www.ace.br . Acessado em 20/12/2004.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E. N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74 , mar/ago 2004.

ALMEIDA, M. (org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, E. S. de. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, v.1 São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA FILHO, N. **Uma Breve História da Epidemiologia**. In: Rouquayrol, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

AMARAL, I. M et al. **Competência dos profissionais de saúde para promoção e educação em saúde da família**. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.2, supl, 2003, p. 68. ISSN 1677-3861

ANDRADE, G. R. B. de e VAITSMAN, J. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, 2002, vol.7, n.4, p.925-934. ISSN 1413-8123.

ASHTON, J. **La promoción de la salud : um nuevo concepto para uma nueva sanidad**. Valenciana : Talleres Gráficos Ripoli, 1987.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. **Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história**. *Rev.FisioBrasil*, mai/jun. 2003, no. 59, p. 20- 31. ISSN 1676-1324.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília: 1999. (Relatório).

BRASIL, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa (15p. – 24p.). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Projeto VER-SUS BRASIL : vivência e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil.. Brasília, Setembro de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimentos para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Acesso www.saude.gov.br em 12/12/2004.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 33 ed. Atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 127.

BUSS, P. M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: Czeresnia, D. (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, F.E e AGUIAR, R.A. T. de. **Atenção Básica e Reforma Curricular**. In: Negri, B., Faria, R. e Viana, A.L.D.(org) *Recursos Humanos em Saúde : política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002.

CAMELO, S. H. H. e ANGERAMI, E.L.S. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Fev 2004, vol.12, n.1, p.14-21. ISSN 0104-1169.

CAPES, Mestrados e Doutorados Reconhecidos. Disponível em: www.capes.gov.br , acessado em: 20/12/2004.

CHALITA, G. **Educação: a solução está no afeto**. 8 ed. São Paulo: Editora Gente, 2001.

CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. DECRETO-LEI N.938 / 69 -DE 13 DE OUTUBRO DE 1969 DOU nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969 Sec. I - p. 3.658 - Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências.

_____ RESOLUÇÃO COFFITO-10 D.O.U nº. 182 - de 22/09/1978, Seção I, Parte II, p. 5265/5268 - Código de ética profissional do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional.

_____ RESOLUÇÃO COFFITO-60 D.O.U nº. 207 - de 29.10.85, Seção I, p.15.744 - Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências.

_____ RESOLUÇÃO COFFITO-80 D.O.U nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, p. 7609 – Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8 - exercício profissional do Fisioterapeuta.

_____ RESOLUÇÃO N.º 188 , DE 9 DE DEZEMBRO DE 1998. Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Pneumo-Funcional.

_____ RESOLUÇÃO N.º189, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1998 - Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências.

_____ RESOLUÇÃO N.º 220, de 23 de maio de 2001 D.O.U. N.º 108 DE 05/06/01 Seção I p. 46 - Reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta.

CUTOLO, L.R.A . **Estilo de Pensamento e Educação Médica**. Tese de Doutorado em Educação e Ciência. Programa de pós-graduação em Educação, CED/UFSC, 2001.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez – Brasília: MEC/UNESCO, 1998.

DELUIZ, N. **Formação do trabalhador: produtividade e cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. Série Enfermagem.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GUTIERREZ, P.R., OBERDIEK, H.I. **Concepções sobre a Saúde e a Doença**. In: ANDRADE, S.M., SOARES, D.A., CORDONI JUNIOR, L. (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Editora UEL, 2001. p. 1- 25.

HARB, A .G. **A determinação das competências essenciais, no setor supermercadistas da cidade de Manaus, segundo a percepção de gestores, funcionários e clientes**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestre em Engenharia de Produção . Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção. UFSC).

LAZZAROTTO, E.M. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Engenharia da Produção. Florianópolis, setembro de 2001.

LEI N. 6.316 - DE 17 DE SETEMBRO DE 1975. DOU nº. 242 - de 18-12-1975 - Seq. I, Pág. 16805 a 16807 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Presidência da República - ERNESTO GEISEL - Ney Braga - Arnaldo Prieto - Paulo de Almeida Machado.

MELLO, J. M. S. **A Medicina e sua História**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 1989.

MORETTO, V. Competências e habilidades. Disponível em: www.centrorefeducacional.pro.br/compehab.htm> acessado em: 15-12-04.

MOURA, A .R. M; CARVALHO, M.C. N. **Libere sua competência: transformando a angústia existencial em energia motivacional e produtividade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

NEGRI, B. (org.) **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas (SP): Unicamp. IE, 2002.

NUTBEM, **Health promotion internacional**, 1990; 5(3); 233-242) In: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington (DC): OPS; 1996.

Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

OLIVEIRA, M.L.S. e BASTOS, A .C. de S. **Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos**. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2000, vol.13, n.1, p.97-107. ISSN 0102-7972

PAULA, K. A .; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T. **Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado?** O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface. Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. p. 110-115.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

_____ **Dez novas competências para ensinar: convite à viagem**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

- PIZZINATO, A. L.; SENISE, M.H.V. **História moderna e contemporânea**. São Paulo: Ática, 1992.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. **Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos**. J. Pneumol., v. 26, n.4, p.207-213, 2000.
- RAUPP, B. **Educação e planejamento participativo em saúde: estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária**. Porto Alegre/Montevidéu, 2001. (mimeogr.)
- REBELATTO, J. R. e BOTOME, S.P. **Fisioterapia no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.
- RESENDE, E. **O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor ajuda para pessoas organizações e sociedade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- ROBERTO, M. **História Ilustrada da Medicina**. Tradução: Marcos Leal. São Paulo: Manole, 1998.
- RODRIGUES, M. S. P., GEUDES SOBRINHO, E. H. e SILVA, R. M. da. **A família e sua importância na formação do cidadão**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.2, n.2, p-40-48, jul/dez.2000.
- ROLIM, M. **Discursos e Textos Selecionados**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1994.
- ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.
- ROSEN, G. - **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro, co-edição Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- SAUPE, R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem**. Dissertação (Mestrado): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1979.
- SCHRAMM, F. R. **A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.
- SEMEKE, E.L.M e OLIVEIRA, N.L.S. de **Educação em Saúde e Concepções de Sujeito**. In: VASCONCELOS, E.M.(org) **A Saúde nas Palavras e nos Gestos : reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo : Hucitec, 2001.
- SÍCOLI, J.L ; NASCIMENTO, P.R. **Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.101-122, fev/2003.
- SMITH, J. K.; HESHUSIUS, L. **Closing down the conversation: the end of the quantitative – qualitative debate among educational inquires**. Educational Researcher, Washington, v.15, n.1, p.4-12, 1986.
- SOUZA, H.M.; SAMPAIO, L.F.R. **Atenção Básica. Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil** In: Negri, B., Faria, R. e Viana, A.L.D.(org) **Recursos Humanos em Saúde : política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002.p.9-18.
- SPINOLA, M. R. P.; PEREIRA, E. M. **Avaliação de Programas: uma metodologia**. *Projeção*, v.7, n.1, p. 26-32, 1976.
- SPINOLA, M. R. P.; PEREIRA, E. M. **Avaliação do Programa Imposto de Renda – 77**. *Projeção*, v.19, Suplemento Especial, p. 1-11, 1977.

UNIVALI, Pró-Reitoria de Ensino. Curso de Fisioterapia. Sistema intranet. Disponível em: www.univali.br. Acessado em 20/12/2004.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção a Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VERÁS, M.M.S. et al. **O Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção**. Revista de Políticas Públicas SANARE, ano V, n 1, p. 169-173. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. ISSN 1676-8019.

VIEIRA, F.P. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Engenharia da Produção. – **Gestão, baseada nas competências, na ótica de gestores, funcionários e clientes, na empresa de assistência técnica e extensão rural do estado de Rondônia – EMATER, RO**. Cacoal, RO. Abril de 2002.

WRIGTH, L. M. e LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

XAVIER, L.N. et al. **Residência em Saúde da Família: análise da aquisição de competências na visão dos egressos da primeira turma da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/ce – 2003**. Revista de Políticas Públicas SANARE, ano V, n 1, p. 129-140. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. ISSN 1676-8019.

APÊNDICES

Estudo preliminar

Competência dos profissionais de saúde para promoção e educação em saúde da família: estudo preliminar.

Ionice Maria Amaral, Márcia Elisa Elesbão da Cruz, Simone Beatriz Pedrozo Viana, Rosita Saupe.

Introdução: o ensino superior no Brasil tem entre seus principais desafios transformar profissionais da saúde em cidadãos-profissionais capazes de superar conceitos estritamente técnicos para um perfil voltado a melhoria na qualidade de vida da população. No que diz respeito a educação superior o Ministério da Educação e Cultura (MEC) propõe implementar as diretrizes curriculares buscando formar profissionais adequados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,2003), consolidando conceitos de promoção, educação e família como interdisciplinares e integrados nas competências dos profissionais em saúde.**Objetivo:** verificar o interesse dos docentes no sentido de que sejam realizadas pesquisas visando: a) definir um rol de competências necessárias aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde da família; b) constatar e avaliar a inclusão e importância destas competências nos programas educacionais na saúde.**Metodologia:** a pesquisa foi realizada com docentes de três cursos de graduação (Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia) em duas Universidades brasileiras, denominadas de universidade A e universidade B. A amostra aleatória foi composta de 36 professores, sendo 9 enfermeiros, 9 fisioterapeutas e 9 odontólogos da Universidade A e 9 enfermeiros da Universidade B. Os sujeitos pesquisados responderam a questões fechadas, numa escala Likert de 0 (zero) a 10 (dez), sendo considerada para análise a MEDIANA, e abertas, analisadas conforme concentração em POLOS DE SIGNIFICADO (gerais ou universais e singulares e ou particulares) respectivamente. Quando a mediana ficou no intervalo de 0 a 4, foi considerado como “fracasso”; entre 4 e 7, como “indefinição”; e no espaço de 7 a 10, de “sucesso”.**Resultados:** verifica-se que dois cursos estão na zona de indefinição. Os outros dois se vêem dentro da zona de sucesso, porém ao considerarmos as respostas as questões abertas, mesmos estes professores informam que os cursos necessitam melhorar a formação dos seus graduandos. BUSS (1999), diz que a capacitação e atualização de recursos humanos na área da saúde se revestem de grande importância, visto o aumento da demanda de usuários do SUS, cabendo portanto, as escolas a missão de formar profissionais comprometidos em incrementar a promoção da saúde. Nesta análise foi possível observar que o curso de Fisioterapia ficou na zona de indefinição e percebemos uma formação bastante tecnicista nas respostas as questões abertas. Já o curso de Enfermagem da universidade B relata trabalhar pouco com este tema apesar de considerá-lo importante para a sociedade.Quanto ao curso de Enfermagem da universidade A, quando analisados as questões abertas, aponta para a necessidade de mudança no conteúdo de suas disciplinas, deixando dúvidas se realmente se encontra em zona de sucesso nesta questão. Apenas o curso de Odontologia parece concordar com sua avaliação de zona de sucesso já que na avaliação aberta considera-se com bom preparo do seu graduando nesta área de conhecimento. Observa-se que os entrevistados, por unanimidade consideram estas competências como muito importantes, em conformidade com Maranhão (2003), que afirma ser “fundamental contemplar de forma significativa, na formação, o modelo de promoção à saúde preconizado para o país”. Foi possível verificar, através das respostas a esta questão que houve uma grande parte dos entrevistados afirmando que este projeto ira auxiliar muito a melhor atuação profissional do futuro egresso por estar em sintonia com as novas perspectivas de atuação profissional

relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Os entrevistados revelam-se contraditórios em relação às questões fechadas, excetuando o curso de Fisioterapia, os demais se colocam na zona de sucesso com relação a estes conhecimentos, mas revelam em suas falas as dificuldades e limitações da formação. **Conclusão:** os entrevistados revelam que os cursos estudados permanecem direcionados a assistência curativa, em parte devido a formação dos próprios docentes ter ocorrido no modelo biomédico. Salientam a importância do estudo desta temática e demonstram interesse pelo desenvolvimento de um estudo maior sobre competência dos profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere a saúde da família.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário sobre a proposta da Secretária de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para a Política de Educação na Saúde.** Brasília, 14 e 15 de Maio, 2003. (Relatório).

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.** Cad. Saúde Publica. [on-line]. 1999, vol.15 supl.2 [citado 18 Setembro 2003], p.177-185. Disponível na Word Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artex&pid=S0102-X1999000600018&Ing=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.

MARANHÃO, E. A. **A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação da Saúde:** uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M. (org). Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

Apêndice B**Relatório final do trabalho realizado pelo Programa de Integrado pós-graduação e Graduação****CARACTERIZAÇÃO DOS EGRESSOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVALI – ITAJAÍ (SC)**

Introdução: O fisioterapeuta pode ser definido como um profissional da área da saúde, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de atenção à saúde: prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. Seu principal objeto de trabalho é o movimento humano e sua funcionalidade. De acordo com as habilidades e competências desenvolvidas na graduação e pós-graduação, o campo de atuação do fisioterapeuta tem se ampliado consideravelmente, podendo estar inserindo em setores e serviços diferenciados. **Objetivos:** caracterizar o perfil do egresso de Fisioterapia da UNIVALI – Itajaí, no período entre 2000 a 2003, buscando localizá-los quanto ao endereço particular e profissional, mapeá-los geograficamente de acordo com os municípios de atuação, conhecer o percurso da graduação, primeiro emprego e situação empregatícia atual, e levantar o processo de educação permanente. **Metodologia:** aplicação de um questionário auto-resposta, previamente testado, e remetido aos egressos via Correios, e-mail, telefone e entrega pessoal. A análise dos dados foi organizada conforme distribuição de frequência com a ajuda do Programa *Excel*. **Resultados:** o número total da amostra foi de 45 egressos, e permitiu concluir que: a maior concentração destes encontra-se no município de Itajaí, a ortopedia e traumatologia é a área que mais absorve os fisioterapeutas egressos, a atuação em Saúde Coletiva é pequena. o período de inserção no mercado de trabalho varia entre 4,28 meses como autônomo e 3,56 meses como empregado e a jornada de trabalho excede 30h/semanais. No entanto os honorários encontram-se abaixo do esperado. Em relação à continuidade aos estudos de aperfeiçoamento, verifica-se que 11 egresso concluíram especialização, 24 encontram-se em fase de realização de especialização, 2 egressos encontra-se realizando mestrado e 7 apresentam interesse em dar continuidade aos estudos num futuro próximo. O grau de satisfação profissional apontou que, dos itens avaliados, três encontram-se na zona intermediária entre a satisfação e a insatisfação, sendo eles: entidade de classe (6,0), salário (5,3) e valorização profissional (6,0). Os outros itens avaliados, área de atuação (8,0), formação universitária (7,3), local de trabalho (8,0), profissão (8,2) e jornada de trabalho (7,2), apresentaram-se na zona de satisfação, conforme a escala utilizada. **Considerações finais:** Este estudo poderá contribuir para tomadas de decisão no curso, bem como encaminhamentos de programas de Pós-graduação.

Referências

A **MEDICINA E SUA HISTÓRIA**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 1989.

BARROS, F. B. M. (Org). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BARROS, F. B. M.. **Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história**. *Rev.FisioBrasil*, mai/jun. 2003, no. 59, p. 20- 31.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. 5ª região. **Leis e Atos Normativos Das Profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. 2ed. 2001. p.63-9.

EDUARDO, M.B.P. **Vigilância Sanitária**. Vol 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. p503 .

GAMBARDELLA, A.M.D *et al.* **Situação profissional de egressos de um curso de Nutrição.** Revista Nutrição, Campinas, n. 37-40, jan/abr. 2000.

HISTÓRIA ILUSTRADA DA MEDICINA. Tradução: Marcos Leal. 1ed. São Paulo: Manole, 1998.

MINAYO, M.C.S *et al.* **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Vol II. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p76-99.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da saúde.** Brasília: Ministério da saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Projeto VER-SUS Brasil: vivência e estágio na realidade do SUS do Brasil.** Brasília, 2003.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Sade pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000. p36-58.

REBELATTO, J. R. e BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil.** 2ed. São Paulo: Manole, 1999.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 5ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.600.

SANTOS FILHO, L.C. **História geral da medicina brasileira.** 1ed. São Paulo: HUCITEC, 1977.

SC- SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE. **Informações básicas para gestores do SUS/SES.** Diretoria de planejamento e Coordenação, Coordenadoria de Ações regionais. 2 ed. Florianópolis: SES, 2002.

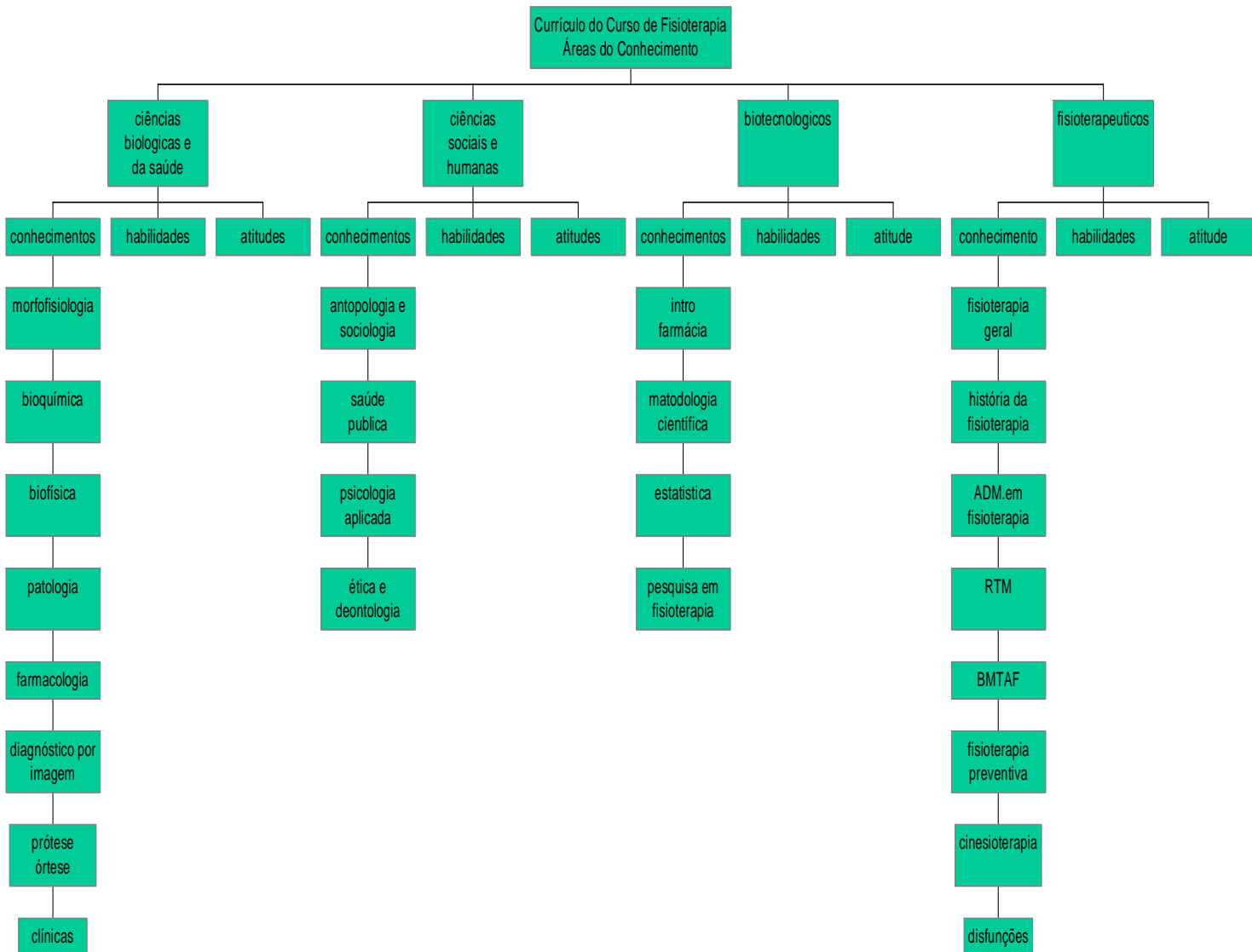
SENNA, M.C.M; COHEN, M.M. **Modelo assistencial e estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de janeiro, n. 523-535, 2002.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 429-435, abr/jun. 1998.

Apêndice C

Diagrama de Árvore: Formação Acadêmica de Fisioterapia na Univali.

Diagrama de Árvore - Investigação das Competências do Fisioterapeuta para a atuação em Atenção Básica em Saúde da Família



Apêndice D

Termo de Compromisso

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONVITE A PARTICIPAÇÃO EM UM ESTUDO SOBRE AS COMPETÊNCIAS
DOS FISIOTERAPEUTAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre **“COMPETÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA”**. Nosso **objetivo** é identificar as competências dos Fisioterapeutas na atenção básica em saúde da família. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se em estudo preliminar realizado com docentes de quatro cursos de graduação (dois de Enfermagem, um de Fisioterapia e outro de Odontologia) em duas Universidades brasileiras, em que os entrevistados demonstraram que os cursos de graduação, na maioria, encontram-se na zona de indefinição quanto à competência dos profissionais de saúde para a promoção e educação em saúde da família e que em algumas situações como no curso de Fisioterapia a formação ainda é bastante tecnicista. Consideram que os cursos necessitam melhorar a formação de seus graduandos em especial quanto ao desenvolvimento destas competências e que estudos desta natureza poderão auxiliar muito a melhorar a atuação profissional estudos realizados. A **metodologia** inclui várias etapas, sendo que neste momento estamos propondo a aplicação de um questionário com perguntas fechadas e espaços para depoimentos focalizando os objetivos propostos para este projeto. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; os benefícios esperados relacionam-se a construção de uma proposta idealizada a partir das competências gerais previstas nas Diretrizes Curriculares para formação do profissional de Fisioterapia no que se refere a Atenção Básica em Saúde, com foco na promoção e educação em saúde da família. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, _____.

Documento de identidade nº _____ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo **“Competências dos Fisioterapeutas a Atenção Básica em Saúde da Família”**, desenvolvido sob a coordenação da Professora Dra Rosita Saupe, sob a responsabilidade da mestrandia Simone Beatriz Pedrozo Viana, ambas vinculadas ao curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI, conforme objetivos e metodologia expostos.

LOCAL e DATA _____

ASSINATURA _____.

Instrumento de pesquisa – questionário com questões abertas e fechadas.

**COMPETÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI nº 381/2003

Caro (a) colega,

Estamos realizando um trabalho de investigação que pretende contribuir para identificar as **competências** do profissional fisioterapeuta para a atenção básica em saúde da família. Este instrumento focaliza as competências para “Promoção, Educação e Saúde da Família” que devem ser desenvolvidas tanto nos Cursos de Graduação quanto nos Programas de Educação Continuada. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento. A seguir você encontrará uma série de afirmações seguidas de uma escala. Assim, solicitamos sua colaboração para avaliar as afirmações, numa escala de **0** (zero) DISCORDO TOTALMENTE – a **10** (dez) CONCORDO TOTALMENTE.

DATA: _____

ENDEREÇO: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.1. Área de atuação (especialidade) _____

1.2. Tempo de formado _____

1.3. Cidade onde trabalha _____ 1.4. Local de trabalho _____

1.5. Sexo _____ 1.6. Idade _____

1.7. Maior Titulação _____

1.8. Outras informações que considerar importantes _____

2. CONCEITOS: por favor, avalie os seguintes conceitos.

2.1. COMPETÊNCIA: conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, as habilidades e as atitudes que conferem ao profissional, condições para desenvolver seu trabalho.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

2.2. CONHECIMENTOS: entendidos como o conjunto de conteúdos, predominantemente adquiridos através de exposição, leitura e re - elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (INTERVENÇÃO).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

2.3. HABILIDADES: entendidas como o conjunto de práticas, predominantemente adquiridas através de demonstração, repetição e re - elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio psico - motor, a perícia de um saber - fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (INTERVENÇÃO).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

2.4. ATITUDES: entendidas como o conjunto de comportamentos, predominantemente adquiridos através de observação, introyeção re - elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber - ser, saber conviver, e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (INTERVENÇÃO).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

Para esta pesquisa foram selecionadas competências relacionadas à Promoção, Educação e Saúde da Família, os quais submetemos a sua apreciação. Utilize a mesma escala anterior.

3. PRIMEIRA PARTE: PROMOÇÃO EM SAÚDE

3.1. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE REQUER MUITOS **CONHECIMENTOS** DO PROFISSIONAL.

3.1.1. Quanto a **PROMOÇÃO** é necessário:

3.1.1.1 - **1** Conhecer as Políticas e os programas relacionados à promoção em saúde da família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.1.1.2 – **2**. Ter conhecimento do histórico e concepção de promoção em saúde.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.1.1.3 – **3**. Conhecer sobre o processo de participação para promoção em saúde.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.1.1.4 – **4**. Conhecer os indicadores de saúde.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.1.1.5– **5**. Conhecer os recursos que interferem na saúde.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outros **conhecimentos**, relacionados à **PROMOÇÃO** que você considera **IMPORTANTES** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA**

3.2. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITAS **HABILIDADES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas ao Trabalho em Equipe e Ação Educativa, os quais submetemos a sua apreciação.

3.2.1. Para o **TRABALHO EM GRUPO** é necessário:

3.2.1.1. – **6**. Saber motivar as Pessoas.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2.1.2. – 7. Saber Comunicar-se (Ouvir e Falar).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2.1.3. – 8. Saber Compartilhar.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2.1.4. – 9. Saber Pactuar.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2.2. Ter habilidade para AÇÃO EDUCATIVA requer:

3.2.2.1. – 10. Saber articular setores e órgãos.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2.2.2. – 11. Saber desenvolver metodologias participativas.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2.2.3. – 12. Saber liderar e ser facilitador do processo.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outras **habilidades**, relacionadas PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, que você considera **IMPORTANTES** em que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA.**

3.3.O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETENCIAS para PROMOÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITAS **ATITUDES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas à Reflexão, à Educação Permanente, à Valorização da Participação e à Ética, as quais submetemos a sua apreciação.

3.3.1. Ter atitude de REFLEXÃO importa:

3.3.1.1. – 13. Acreditar na potencialidade das pessoas.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE.

3.3.2.1. – 14. Educar-se Permanentemente.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3.3. VALORIZAR A PARTICIPAÇÃO de todos os atores envolvidos.

3.3.3.1. – 15. Motivar para a Participação da família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3.3.2. – 16. Respeitar os Valores Culturais da família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3.4. Ser ÉTICO significa:

3.3.4.1. – 17. Respeitar os critérios Democráticos.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3.4.2. – 18. Saber Conviver.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3.4.3. – 19. Aceitar as Diferenças.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outras **atitudes**, relacionadas a COMPETENCIA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE, que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA**

4. SEGUNDA PARTE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.1. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE REQUER MUITOS **CONHECIMENTOS** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionados conhecimentos relacionados à Teoria Geral da Educação, Políticas Públicas do SUS, Conceitos de Saúde e Noções de Antropologia e Sociologia, os quais submetemos a sua apreciação.

4.1.1. Para fazer EDUCAÇÃO em SAUDE é necessário:

4.1.1.1. – 20. Conhecer as Políticas Pública de Saúde e os Princípios do SUS.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.2. – 21. Conhecer as Teorias do Comportamento: relacionadas com a aprendizagem na qual o sujeito é passivo no processo.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.3. – 22. Conhecer as Teorias da comunicação: diálogo (o sujeito diz o que quer aprender).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.4. – **23.** Conhecer as Teorias e Metodologias do Construtivismo (construção dos saberes pressupõe troca).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.5.– **24.** Conhecer o conceito de saúde a partir da unicausalidade: causas biológicas.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.6.– **25.** Conhecer o conceito de saúde a partir da multicausalidade: higienista e preventivista

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.7. – **26.** Conhecer os Determinantes sociais no processo saúde-doença.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.1.1.8– **27.** Conhecer fundamentos de Antropologia e Cultura Popular.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outros **conhecimentos** sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento.
COMENTE. SUGIRA

4.2. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE REQUER MUITAS HABILIDADES DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas ao Trabalho em Equipe, à Comunicação, à Identificação Coletiva de Problemas, e à Resolução de Problemas, as quais submetemos a sua apreciação.

4.2.1. TRABALHO EM EQUIPE.

4.2.1.1. – **28.** Saber trabalhar em Equipe.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.2.2. COMUNICAÇÃO.

4.2.2.1. – **29.** Saber usar da comunicação.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.2.3. CRIATIVIDADE.

4.2.3.1. – **30.** Ser criativo.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.2.4. IDENTIFICAR PROBLEMAS COLETIVAMENTE.

4.2.4.1. – **31.** Saber identificar Problemas de forma coletiva.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.2.5. AVALIAÇÃO

4.2. 5.1. – 32. Saber avaliar o Ensino Aprendizagem.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.2. 6. PLANEJAMENTO.

4.2. 6.1. – 33. Saber planejar ações de Ensino Aprendizagem.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outras **habilidades** sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA.**

4.3. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** REQUER MUITAS **ATITUDES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas à Pluralidade de Visão, à Flexibilidade, à Tolerância e ao saber Ouvir e Falar, as quais submetemos a sua apreciação.

4.3.1. DIÁLOGO.

4.3.1.1. – 34. Exercer o diálogo.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3.2. MOBILIZAÇÃO

4.3.2.1. – 35. Ter capacidade de mobilização.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3.3. RESPEITO.

4.3.3.1. – 36. Mostrar respeito com o outro..

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3.4. LIDERANÇA.

4.3.4.1. – 37. Saber ser líder..

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3. 5. AFETIVIDADE.

4.3.5.1. – 38. Ser afetivo.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3. 6. COMPARTILHAR SABERES.

4.3. 6.1. – 39. Saber compartilhar conhecimentos e informações.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3.7. FLEXIBILIDADE.

4.3.7.1. – 40. Mostrar atitude de Flexibilidade.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3.8. TOLERÂNCIA.

4.3.8.1. – 41. Mostrar atitude de Tolerância.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4.3.9. SABER OUVIR E FALAR.

4.3.9.1. – 42. Saber ouvir e falar.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outras **atitudes** sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento.
COMENTE. SUGIRA.

5. TERCEIRA PARTE: SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA REQUER MUITOS **CONHECIMENTOS DO PROFISSIONAL**. Para esta pesquisa foram selecionados conhecimentos relacionados aos Recursos Humanos, aos Recursos Físicos e Materiais, à Epidemiologia, às Políticas de Saúde e Planejamento Local, os quais submetemos a sua apreciação.

5.1.2 SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1.2.1.- 43. Conhecer as Metodologias de Atenção à Família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.2 – 44. Conhecer os princípios Éticos nas ações de saúde e Conflito Moral.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.3 – 45. Conhecer fundamentos de Antropologia e Valores Culturais da Família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.4 – 46. Conhecer as Relações entre cultura, saúde e família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.5 – 47. Ter conhecimento sobre rede e suporte social da família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.6 – 48. Ter conhecimento sobre o processo e viver das famílias na interface saúde e doença..

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.7 – 49. Conhecer sobre o sistema familiar individual e social e sua inter-relação.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.1.2.8 – 50. Conhecer sobre cidadania e ter visão interdisciplinar.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outros **conhecimentos**, sobre **A SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA**

5.2. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA **A SAÚDE DA FAMÍLIA** REQUER MUITAS **HABILIDADES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas aos Recursos Humanos, à Epidemiologia e ao Planejamento Local, os quais submetemos a sua apreciação.

5.2.1. METODOLOGIA DE TRABALHO.

5.2.1.1. – 51. Ter responsabilidade profissional.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.2.1.2. – 52. Saber identificar as responsabilidades da família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.2.1.3. – 53. Desenvolver o processo de cuidado.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.2.1.4. – 54. Saber avaliar o processo de trabalho.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outras **habilidades**, sobre **A SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA.**

5.3. O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA **A SAÚDE DA FAMÍLIA** REQUER MUITAS **ATITUDES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas aos Recursos Humanos e à Ética, as quais submetemos a sua apreciação.

5.3.1. COMPARTILHAR AÇÕES.

5.3.1.1. – 55. Compartilhar decisões entre profissionais e famílias.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.3.1.2. – 56. Saber compartilhar práticas do cuidado da família.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.3.1.3. – 57. Saber compartilhar os saberes.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.3.2. FLEXIBILIDADE

5.3.2.1. – 58. Estar ciente dos diferentes poderes: profissional e o familiar.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.3.3. TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE.

5.3.3.1. – 59. Saber compartilhar conhecimentos e informações.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5.3.4. ÉTICA

5.3.4.1. – 60. Ter compromisso e respeito ético com o Núcleo Familiar e a Comunidade.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por favor, inclua outras **atitudes**, sobre **A SAÚDE DA FAMÍLIA**, que você considera **IMPORTANTE** e que não foram selecionados para compor este instrumento. **COMENTE. SUGIRA.**

PARTE FINAL: Avaliação Geral.

1. DA TEMÁTICA DA PESQUISA: contribuição para o desenvolvimento das competências dos fisioterapeutas para promoção e educação em saúde da família, através da formação de recursos humanos na graduação e educação permanente dos profissionais.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

2. DO INSTRUMENTO: qualidade do conteúdo e da forma.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

3. DA EXPERIÊNCIA DE CONTRIBUIR COM A PESQUISA:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

4. DA AUTO-AVALIAÇÃO: Sinto-me preparado para ATUAR NA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Por Que? Comentários. Sugestões.

.....

.....

.....

Apêndice F

Obtenção de cada índice de desempenho dos componentes da árvore.

| | Valor | Comp. | Conhec. | Hábil. | Atitudes | P1 | P2 | P3 |
|--|-------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 4 | 3 |
| | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| | 7 | 5 | 6 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 |
| | 8 | 13 | 12 | 12 | 6 | 5 | 11 | 8 |
| | 9 | 9 | 8 | 7 | 14 | 6 | 6 | 10 |
| | 10 | 18 | 18 | 24 | 22 | 26 | 16 | 23 |
| | Total | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 |
| Último nível (fórmula grande) | | 406 | 401 | 420 | 420 | 396 | 371 | 406 |
| Índice de desempenho do últ.nível | | 8,826087 | 8,717391 | 9,130435 | 9,130435 | 8,6086957 | 8,0652174 | 8,826087 |
| Peso (mediana) | | Comp | Conhec | Habil | Atitudes | 4 | 4 | 5 |
| MULTIPLICAÇÃO do índice pela mediana | | | | | | 34,434783 | 32,26087 | 44,130435 |
| Soma das Multiplicações mesmo nível | | | | | | 185,93478 | | |
| Soma das Medianas do mesmo nível | | | | | | 21 | | |
| Divisão 183.5366 / 21 = índice de desempenho do 3º nível | | | | | | 8,85404 | | |
| Mediana do subordinado | | | | | | Conhecimento Promoção | | |
| MULTIPLICAÇÃO do índice pela mediana | | | | | | 5mediana | | |
| Índice de desempenho 2 nível | | | | | | 8,989127 | 9,0424 | 9,362104 |
| | | | | | | Promoção | Educação | S.Família |
| Conclusão índice de 1 nível | | | | | | 35,956650 | | |
| Soma das multiplicações | | | | | | 8 | 45,212 | 46,81052 |
| Soma das medianas | | | | | | 14 | | |
| Índice de desempenho final - divisão entre as somas | | | | | | 9,14137 | Índice final de desempenho | |

ANEXO

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)