

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

WALTER CASCARDO CARNEIRO

Análise dos diversos fatores determinantes para a capacitação dos Fisioterapeutas
da ESF de três municípios da Baixada Fluminense - RJ

Rio de Janeiro

2011

WALTER CASCARDO CARNEIRO

Análise dos diversos fatores determinantes para a capacitação dos Fisioterapeutas
da ESF de três municípios da Baixada Fluminense - RJ

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família. Orientador: Prof. Dr. Luis Guilherme
Barbosa.

Rio de Janeiro

2011

WALTER CASCARDO CARNEIRO

Análise dos diversos fatores determinantes para a capacitação dos Fisioterapeutas da ESF de três municípios da Baixada Fluminense - RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Luis Guilherme Barbosa
Universidade Estácio de Sá

Professora Dr^a. Adriana Cavalcanti de Aguiar
Universidade Estácio de Sá

Professor Dr. Helio Ricardo dos Santos
Centro Universitário de Caratinga

Aos meus filhos
Giulia e Enzo e minha esposa Rogélia

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que me sustentou todas as vezes que fraquejei dando-me forças quando o cansaço pesou sobre meus ombros.

Ao meu querido orientador, Luis Guilherme Barbosa pela paciência, pelos ensinamentos e pela amizade durante essa caminhada. Sem sua estimada e indispensável ajuda não teria chegado até aqui.

As Secretarias Municipais de Saúde de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu pela colaboração para realização desta dissertação.

Aos Gestores e Fisioterapeutas atuantes na ESF dos municípios envolvidos na pesquisa por entender, reconhecer e ajudar a alcançar os objetivos da pesquisa.

A minha maravilhosa turma do curso de mestrado, em especial as amigas de todos os momentos Marcia, Karla e Lenita, muito mais que colegas de turma vocês se tornaram amigas que nunca esquecerei.

A minha querida amiga Lícia, sem sua ajuda e incentivo não teria ultrapassado as barreiras das disciplinas de Diagnóstico Local de Saúde e Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde.

Muito Obrigado.

“Uma longa viagem começa com um único passo.”

Lao-Tsé

RESUMO

A Estratégia da Saúde da Família vem cada vez mais se mostrando indispensável na resolução dos problemas de saúde pública da população brasileira. O conhecimento do território e o vínculo com a população é fator indispensável para alcançar um grau de resolubilidade satisfatório. Em razão da importância da Estratégia e das possibilidades de sucesso, o serviço vem sendo ampliado inclusive com a incorporação de outros profissionais de saúde além dos que já fazem parte da equipe mínima. As profissões de saúde que estão sendo agregadas à Estratégia o fazem a partir da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. O fisioterapeuta se configura em um dos profissionais que atuam ou podem atuar no NASF. O presente estudo teve por finalidade analisar os processos de capacitação oferecidos aos profissionais fisioterapeutas que atuam diretamente na Estratégia da Saúde da Família, suas necessidades e problemas que impedem ou dificultam a execução. A coleta de dados incluiu entrevistas com fisioterapeutas e Gestores que atuam na Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu. A pesquisa identificou situações diferentes no que tange a organização e atuação da assistência fisioterapêutica nos municípios pesquisados. Tais diferenças estão ligadas direta ou indiretamente a problemas políticos, administrativos, a oferta de capacitação, diferenças salariais e a percepção da necessidade de capacitação. A pesquisa apontou para o fato da capacitação do profissional fisioterapeuta para atuação na ESF apresentar problemas na sua execução. Apontando ainda para o fato de que a resolução destas diferenças só poderão ser resolvidas a medida que os problemas elencados sejam equacionados e resolvidos, exigindo para tanto a atuação integrada das esferas de governo.

Palavras chave: Capacitação, Saúde da Família, PSF, Fisioterapia no PSF

ABSTRACT

The formulation of a Family Health Strategy is becoming more and more essential in working out a solution for the Brazilian population public health problems. The knowledge of the territory and connection with population is a factor indispensable in achieving a reasonable resolubility degree. Due to the Strategy significance and possibilities of success, the services is being expanded, inclusively with the engagement of new health professionals in addition to those who are already integrated into the basic team. The aggregation of health professions to the Strategy is being made with basis on the creation of the Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF [translated as ‘Family Welfare Support Center’]. The physical therapist is one of the professionals who work or can work with NASF, and the purpose of this study is to review the training methods applied in the preparation of physical therapists directly giving care, their needs and problems that prevent or hinder the execution. Data collection included interviews with Managers and physiotherapists working in the Family Health Strategy in the municipalities of Belford Roxo, Nilópolis and Nova Iguaçu. The research identified different situations regarding the organization and performance of physical therapy assistance in the municipalities surveyed. Such differences are directly or indirectly linked to political and administrative problems, provision of training, wage differentials and the perceived need for training. The research pointed to the fact that the training of physiotherapists to work in the ESF has problems in its implementation. Further pointing to the fact that the resolution of these differences can only be solved as the problems listed be tackled and resolved, demanding for both the integrated performance from the spheres of government.

Key words: Training, Family Health, PSF, PSF Physical Therapy

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

BR	Brasil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CIDE	Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro
CNE/CES	Conselho Nacional de educação / Câmara de Educação Superior
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONSEPE	Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão
CONSUNE	Conselho Universitário
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CEEFTo	Comissão de Especialistas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFSB	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
HAB	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
KM ²	Quilômetros Quadrados
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
LDBEN	Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NDE	Núcleo Docente Estruturante
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Hierarquização do SUS	23
Figura 2	Diagrama de Dawson	24
Figura 3	Mapa do município de Belford Roxo – RJ	34
Figura 4	Mapa do município de Nova Iguaçu – RJ	37
Figura 5	Mapa do município de Nilópolis – RJ	39
Figura 6	Mapa da região metropolitana I – RJ	40
Figura 7	Mapa do estado do Rio de Janeiro	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	População por idade e sexo do município de Belford Roxo	32
TABELA 2	Estabelecimentos de saúde no município de Belford Roxo	34
TABELA 3	População por idade e sexo do município de Nova Iguaçu	35
TABELA 4	População por idade e sexo em Nilópolis, 2009	37
TABELA 5	Estabelecimentos de saúde no município de Nilópolis	39
TABELA 6	Pacientes diabéticos e/ou hipertensos em Nova Iguaçu, Nilópolis e Belford Roxo	41
TABELA 7	Número de participantes da pesquisa por município	43
TABELA 8	Percentual de Fisioterapeutas e gestores entrevistados em relação ao total dos Municípios estudados	43
TABELA 9	Comparação percentual entre tempo na assistência e tempo na gestão da ESF nos municípios pesquisados	47

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Pirâmide etária do município de Belford Roxo	33
GRÁFICO 2 Pirâmide etária do município de Nova Iguaçu	36
GRÁFICO 3 Pirâmide etária do município de Nilópolis	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	As idéias centrais do relatório Dawson	25
Quadro 2	Categorias, sub-categorias e núcleos de sentido	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A ORIGEM DA FISIOTERAPIA	13
3	A ORGANIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL	15
3.1	REGULAMENTAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA	17
3.2	PROCESSO DE AVALIAÇÃO E RECONHECIMENTO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA	20
4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	22
4.1	CONTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO DAWSON PARA ORGANIZAÇÃO DO SUS	23
5	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26
5.1	O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	27
6	QUESTÃO NORTEADORA	29
7	OBJETIVOS	30
7.1	OBJETIVOS GERAIS	30
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
8	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	31
8.1	NATUREZA DO ESTUDO	31
8.2	CENÁRIO	32
8.3	COLETA DE DADOS	41
8.4	ANÁLISE DOS DADOS	44
9	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
9.1	A PERCEPÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E AÇÕES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	47
9.2	O SUS NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF	50

10	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA ESF	62
	APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DA ESF	63
	APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
	APÊNDICE D SOLICITAÇÃO AOS GESTORES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	65

1-INTRODUÇÃO

Esta dissertação visou discutir a capacitação profissional do fisioterapeuta e a contribuição desta formação na inserção deste profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de Belford Roxo, Nova Iguaçu e Nilópolis situados na baixada fluminense no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

A finalidade deste estudo é fornecer aos gestores da ESF ferramentas para, se necessário, detectar possíveis lacunas entre os anseios do profissional fisioterapeuta em relação à capacitação para sua atuação na ESF e a visão dos gestores da ESF em relação à esta capacitação oferecida aos profissionais fisioterapeutas com o objetivo de obter um melhor desempenho a resolubilidade junto à população.

A dedicação à formação de novos profissionais em fisioterapia remete à responsabilidade e ao desafio de estar atualizado para capacitar o egresso a suprir as necessidades do mercado de trabalho, sem perder de vista o disposto no art. 3º da Diretriz Curricular Nacional (DCN) “O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde¹, com base no rigor científico e intelectual”. (CNE/CES 4, 2002).

Conforme o disposto na DCN o fisioterapeuta deve ao concluir o curso de graduação estar preparado para atuar em diversos níveis de atenção de saúde. Porém o que se observa, é uma especialização cada vez maior dos profissionais, muitas vezes com origem na própria instituição de ensino onde realizam sua graduação.

A precoce especialização (observada inclusive nos diversos cursos de especialização que aceitam em seu corpo discente alunos que ainda não concluíram a graduação) confirma o que é dito no texto sobre Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação “[...] o problema de clareza sobre o objeto de trabalho, induz a indefinições

¹ Níveis de atenção a saúde – Primário ou básico, secundário ou atenção especializada e terciário ou hospitalar.

do campo de atuação do profissional, parecendo estar voltado para uma pequena parcela do objeto: a doença e suas seqüelas [...]” (SILVA, 2007).

A distorção na formação fere o princípio de generalidade proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e não contempla o perfil adequado para o SUS, mas abre uma importante discussão a respeito da formação atual, pois, o momento que se apresenta hoje para os cursos de formação de bacharel em fisioterapia se mostra como a oportunidade ideal para a discussão sobre esta formação.

“Historicamente, a atuação do fisioterapeuta é entendida como assistência no nível de atenção terciária; porém, sabe-se que quando inserido na atenção primária, pode ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde [...]” (SILVA, 2007).

As mudanças na formação do fisioterapeuta oriundas das novas Diretrizes Curriculares Nacionais que modificam o tempo de integralização do curso de fisioterapia, e aumentam a carga horária da matriz curricular das instituições públicas e privadas que oferecem o curso de graduação em fisioterapia, é o ideal momento de reflexão sobre os rumos da profissão no que tange a formação técnica do profissional fisioterapeuta e sua real inserção na Estratégia de Saúde da Família.

Desta maneira a pesquisa é direcionada para a análise da capacitação técnico/profissional dos fisioterapeutas que atuam na ESF dos municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu-RJ, contribuindo para adequação dos cursos de graduação à realidade da atenção básica, melhor preparando o profissional fisioterapeuta para atuar na promoção, prevenção e educação para a saúde.

2- A ORIGEM DA FISIOTERAPIA E O PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA.

A poliomielite no Brasil que segundo Barros (2008) apresenta registros a partir 1930 e segue até meados da década de 1950 quando ocorreu grande incidência em capitais como Rio de Janeiro e São Paulo².

A poliomielite que era inicialmente associada à falta de higiene, informação e pobreza teve este conceito alterado quando segundo Nogueira e Risi (2002), um inquérito sorológico mostrou que um quantitativo de 60 a 70% dos casos registrados apontarem para indivíduos de classe economicamente mais favorecida.

Barros (2008) em seu texto “Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950” afirma que o acometimento indiscriminado de pessoas de diversas classes sociais e com grande incidência nas classes mais favorecidas foi fundamental para a organização de um modelo de atendimento visando à reabilitação. Surgiu, assim, em agosto de 1956 a Associação Brasileira Beneficente de Recuperação (ABBR) e a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro. Esta última, juntamente com o Instituto de Reabilitação de São Paulo e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, eram responsáveis pela formação regular de fisioterapeutas mesmo antes da profissão ser regulamentada no Brasil (BARROS, 2008), o que só veio a acontecer treze anos mais tarde.

“Grande parte das crianças atingidas pela poliomielite pertencia às famílias das classes sociais com maior capacidade de articulação social e poder aquisitivo, recursos que foram importantes para a mobilização das elites cariocas em meados dos anos 1950.” (Barros 2008)

² Em 1953, o Rio de Janeiro registrou sua maior epidemia, atingindo a taxa de 21,5 pessoas infectadas por 100 mil habitantes (BARROS ,2008)

Em 13 de outubro de 1969, o Decreto Lei 938/69 assinado pela junta militar que comandava o país à época, reconheceu as profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, definindo e detalhando as funções privativas do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional bem como o habilitando estes como profissionais liberais.

O decreto Lei 938/69 sofreu a tentativa de alteração por parte da Comissão Nacional de Saúde que almejava diminuir a autonomia da profissão recém regulamentada colocando-a como auxiliar do médico (sobre a alcunha de técnico em fisioterapia) e desta forma não permitir a atuação do fisioterapeuta sem a supervisão e orientação do médico como propunha o projeto de lei nº 2.090.

O referido projeto foi derrotado no congresso em 1972 (Diário do Congresso Nacional 1972).

O profissional Fisioterapeuta segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em sua resolução de nº10 de 1978 constante no Código de Ética profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta ocupacional, através de seu artigo 1.º afirma que: “é função do fisioterapeuta assistir ao homem, participando de atividades que objetivem a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde”.

Em sua resolução de número oitenta (COFFITO – 80 de 1978) o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional define que “a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função.

3- A ORGANIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL.

O Brasil teve um início tardio em suas atividades educacionais de nível superior. Somente com a vinda do Rei de Portugal a então colônia, houve um movimento de partida no sentido de organizar as primeiras faculdades no país³. Somente com a chegada do século XX surgiu a primeira universidade em solo brasileiro com um atraso considerável em relação aos demais países da América Latina⁴. (BARROS, 2008)

A normatização veio através do Estatuto das Universidades Brasileiras na década de 1930 e, somente no ano seguinte o Congresso Nacional votou o projeto de Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB) que entraria em vigor em 1961⁵. Cinco anos após a aprovação da LDB foi promulgado o Decreto-Lei nº53, que versava sobre a reforma universitária que seria consumada no ano de 1968 pelo Decreto-Lei nº 5.540/68, definindo uma série de organizações dentro do sistema universitário tais como o sistema de créditos, o ciclo básico, vestibular, criação de departamentos entre outros.

“Com o restabelecimento da democracia em 1988 é promulgada a constituição federal. Em seu artigo 207, reafirma a indissolubilidade das atividades de ensino pesquisa e extensão em nível universitário, bem como a autonomia das universidades. Iniciou-se logo a seguir o debate sobre a LDBEN, promulgada em 1996 pelo presidente, após oito anos em discussão no congresso, através da Lei nº 9.394/96.” (GALLO, 2005)

A constante busca pela necessidade de suprir as exigências mercadológicas fez com que, também no âmbito universitário, os currículos e matrizes curriculares estejam em constante transformação. Para tanto é necessário uma constante análise das tendências de mercado para desenvolver conteúdos advindos das

³ Na Bahia foi organizada a faculdade de cirurgia, no Rio de Janeiro surgiram as faculdades de Cirurgia, Academia Real Militar e Escola de Belas Artes.

⁴ No século XVI os chamados países hispânicos já mantinham suas universidades.

⁵ “Através da Lei nº 4.024, que foi aprovada após longas discussões em que foi alterado seu texto original por meio de diversos substitutivos” (GALLO, 2005).

inovações tecnológicas. Este processo é realizado em conjunto pelos colegiados superiores das IES⁶

Embora a LDBN tenha sido promulgada em 1996, em 1985 houve algumas modificações na LDB de 1961. Tais alterações substituíam os currículos mínimos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e determinaram que a responsabilidade de deliberação no que concerne a essas DCNs será da Câmara de Educação Superior (CES).

A Lei 9.131, de 1995, que criou o Conselho Nacional de Educação (CNE), dispôs sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação quando tratou das competências deste órgão na letra “c” do parágrafo 2º de seu art. 9º:

§ 2º São atribuições da Câmara de Educação Superior:

c) deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação[...]” (CNE/CES 776/1997)

“Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. [...]” (CNE/CE S776/1997)

O parecer CNE/CES 583/2001 aprovado em quatro de abril de 2001 delibera que:

- 1- “A definição da duração, carga horária e tempo de integralização dos cursos será objeto de um Parecer e/ou uma Resolução específica da Câmara de Educação Superior.
- 2- As Diretrizes devem contemplar:

⁶ O colegiado superior é composto pelo colegiado de curso (formado pelos docentes da graduação e representantes discentes), Núcleo Docente Estruturante – NDE (composto de docentes com titulação Stricto Sensu e com regime de contratação parcial e integral com carga horária para analisar e atualizar o projeto pedagógico do curso (PPC), Conselho de pesquisa ensino e extensão CONSEPE (composto pelo reitor, vice-reitor, pro-reitores, diretores, diretores de área representante da mantenedora, coordenadores de curso, representantes discentes) e Conselho Universitário – CONSUNI (composto pelo reitor, vice-reitor, presidente da mantenedora e um representante de cada segmento da IES).

- a- Perfil do formando/egresso/profissional - conforme o curso o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado.
- b- Competência/habilidades/attitudes.
- c- Habilitações e ênfases.
- d- Conteúdos curriculares.
- e- Organização do curso.
- f- Estágios e Atividades Complementares.
- g- Acompanhamento e Avaliação.”

3.1- Regulamentação do ensino superior em fisioterapia

O parecer CNE/CES 1210/2001 aprovado em doze de Setembro de 2001 foi importante marco versando especificamente sobre os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional e desenvolvendo as diretrizes curriculares nacionais específicas para o curso de graduação em fisioterapia, respaldada em diversos documentos tais como a “Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 19/9/1990, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996, Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001, Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/1997, Edital da SESu/MEC 4/97 de 10/12/1997, Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001, Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998, Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000, Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999, Documentos da OPAS, OMS e REDE UNIDA, Instrumentos legais que regulamenta o exercício das profissões da saúde” (CNE/CES 1210/2001).

As DCNs para o curso de graduação em Fisioterapia seguem o formato que já constavam das resolução CNE/CES 583/2001 para área de saúde, levando em consideração os princípios fundamentais que estão explicitados nos documentos acima citados.

Este documento dá forma aos objetivos esperados na formação do profissional fisioterapeuta, apontando para uma formação generalista que permita o profissional

transitar nas diversas áreas de atuação possíveis para a fisioterapia e aproxima a carreira dos princípios necessários para atuação na atenção primária justamente por sua característica generalista no atendimento.

A CNE/CES 4/2002 de 19 de Fevereiro de 2002 institui as Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em fisioterapia descrevendo detalhadamente os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeuta a serem observados quando da organização dos cursos de graduação em fisioterapia pelas Instituições de Ensino Superior (IES) em todo território nacional.

A DCN para o curso de fisioterapia foi fruto de debate não só dos conselheiros do Conselho Nacional de Educação, mas, também recebeu valorosa contribuição dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO).

Com o objetivo de criar eixos de conhecimento que sejam comuns a todas as matrizes, contudo, sem impedir modificações e variações que melhor atendam as necessidades das comunidades onde os cursos de fisioterapia estão inseridos, segundo (Petri 2006), neste contexto, foi criada uma Comissão de Especialistas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CEEFTo), encarregada de obter propostas junto às instituições de ensino, bem como sistematizar as contribuições recebidas no intuito de materializar as novas diretrizes.

Hoje os eixos relacionados ao curso de graduação de fisioterapia segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais em vigência contemplam a seguinte estrutura:

“I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração

III - Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.”

Durante os anos que se seguiram uma ampla discussão foi realizada no que tange a carga horária mínima dos cursos de graduação e bacharelados, na modalidade presencial como se observa nas resoluções CNE/CES nº 100/2002, CNE/CES nº 329/2004, CNE/CES nº 184/2006⁷, CNE/CES nº 02/2007.

Somente em 2009 a resolução CNE/CES 04/2009 aprovada em 06 de Abril de 2009 dispõe sobre a carga horária mínima, procedimentos de integralização e duração dos cursos de Ciências Biológicas 3.200, Enfermagem 4.000, Fisioterapia 4.000, Nutrição 3.200, Biomedicina 3.200, Educação Física 3.200, Farmácia 4.000, Fonoaudiologia 3.200, Terapia Ocupacional 3.200, cujos conselhos de classe⁸ se manifestaram contrários as cargas horárias estabelecidas na resolução CNE/CES 329/2004 e retificada na CNE/CES 184/2006.

O Curso de fisioterapia teve seu tempo de integralização definido em no mínimo dez semestres e máximo de quinze semestres, necessitando obrigatoriamente que o egresso cumpra uma carga horária de estágio curricular obrigatório igual a vinte por cento do total da carga horária do curso.

⁷ Esta resolução retifica a CNE/CES nº 329/2004 retirando cursos que não concordaram com a carga horária estabelecida.

⁸ Conselhos de Classe são os órgãos reguladores das profissões no que diz respeito ao exercício da profissão segundo os preceitos dos códigos de ética e conduta das mesmas.

3.2- Processo de avaliação e reconhecimento do curso de graduação em fisioterapia.

Após a aprovação das DCNs os cursos de graduação tiveram obrigatoriamente que se adequar as normativas descritas e passaram a ser avaliados com base no cumprimentos destas o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior desenvolvem constantes ajustes nas DCNs com objetivo de normatizar, balizar e controlar os currículos mínimos dos cursos de graduação usando tais normativas com referenciais para as avaliação dos referidos cursos conforme decreto N^o. 2.026, de 10 de Outubro de 1996.

A avaliação dos cursos de graduação, a partir da criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) em 2004 passou a objetivar avaliação do ensino, pesquisa e extensão. Este sistema apresentava três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes.

A partir de 2008 a avaliação dos cursos passou por uma adequação implementada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) que passou a contar com três dimensões de avaliação:

“[...] organização didático-pedagógica que contempla dimensão 1, corpo docente, discente e técnico-administrativo que compões a dimensão 2 e infra-estrutura que compõe a dimensão 3. A avaliação destas dimensões segue padrões de atribuição de conceitos de acordo com o que é observado pelo avaliador, podendo receber a seguinte graduação: muito aquém(muito abaixo do que determina o referencial de qualidade), aquém (abaixo do que determina o referencial de qualidade), similar (atende o mínimo definido no referencial de qualidade), além (além do que determina o referencial de qualidade) e muito além (muito além do que determina o referencial de qualidade).” (INEP, 2008)

Além de avaliar a qualidade, o processo de verificação de curso do INEP observa alguns itens como sendo requisitos legais e são obrigatórios para o credenciamento do curso, podendo, a falta de um ou mais requisitos impedir o reconhecimento do curso em questão.

Especificamente no que tange o curso de graduação em fisioterapia os requisitos legais a serem cumpridos, fazem referência à coerência dos conteúdos curriculares, sendo fundamental a interface entre tais conteúdos e as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN e o Catalogo Nacional dos Cursos Superiores de Tecnologia Instrução, Estágio supervisionado, Disciplina optativa que obrigatoriamente deve prever a disciplina de Libras⁹ (Dec. 5.626/2005) entre as oferecidas. Ainda segundo os requisitos legais as Condições de acesso para portadores de necessidades especiais (Dec. 5.296/2004) que teve prazo para implantação das condições até dezembro de 2008, Trabalho de Conclusão de Curso (Parecer CNE/CES 211/2004 e Resolução CNE/CES 09/2004) e NDE - Núcleo Docente Estruturante, são itens indispensáveis para a aprovação dos cursos de graduação em Fisioterapia em todo o território nacional.

⁹ Libras – Linguagem brasileira de sinais é considerada disciplina que deve constar nas opções de disciplinas eletivas nos cursos de bacharelado em fisioterapia.

4- O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) como conhecemos hoje, foi resultado das discussões advindas do movimento denominado “reforma sanitária” que reuniu diversos setores da sociedade civil.

O SUS é oriundo de uma nova formulação da política de saúde reorganizando e reordenando a saúde pública no Brasil (BRASIL, 1990). A construção do SUS é baseada na constituição e tem como princípios norteadores a garantia de Universalidade, Eqüidade, Integralidade.

O SUS deve ser organizado na sua hierarquização e regionalização de maneira a dividir os serviços levando em conta sua complexidade, região geográfica, população alvo. Estes critérios devem garantir igualdade de acesso a todas as modalidades de serviços de saúde fornecendo garantia plena de cobertura de saúde e um alto grau de solução de problemas.

No que diz respeito ao acesso da população à chamada rede de assistência, o nível primário de atenção configura-se na porta de entrada da população aos serviços, e a partir da decisão tomada neste nível e caso necessário ser referenciado a níveis de maior complexidade.

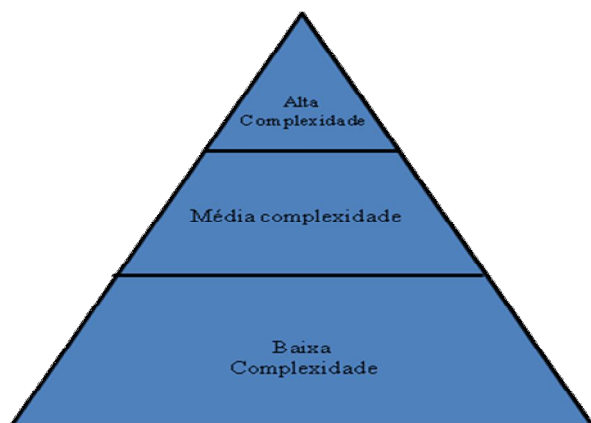
A regionalização do SUS permite a territorialização do serviço e conseqüentemente um maior entendimento dos problemas específicos de uma população, permitindo assim ações específicas, garantindo o alto grau de resolubilidade que prevê a diretriz do SUS.

Os Princípios norteadores do SUS foram elaborados com o objetivo de assegurar acesso aos serviços de saúde públicos a todos que dele necessitar, em todos os níveis de complexidade (Figura 1) requeridos, não havendo nenhum tipo de privilégio ou barreiras.

Reconhecendo que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde não podem ser tratadas de forma separada, mas sim formam uma unidade de ação a ser desenvolvida conjuntamente.

“O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990)

Figura 1: Hierarquização do SUS



FONTE: Mendes(2002)

4.1 - Contribuição do relatório Dawson para organização do SUS

Na década de 1920 o médico britânico Bertrand Dawson divulgou sua proposta a cerca da reorganização dos serviços de saúde. O relatório Dawson como ficou conhecido seu trabalho faz um contraponto aos ideais defendidos por Abraham Flexner em 1910. Flexner apresentou um modelo calcado na formação especialista e segundo suas próprias palavras “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER, 1910). Ainda hoje Flexner é considerado por muitos autores como o grande reformista da metodologia do ensino médico.

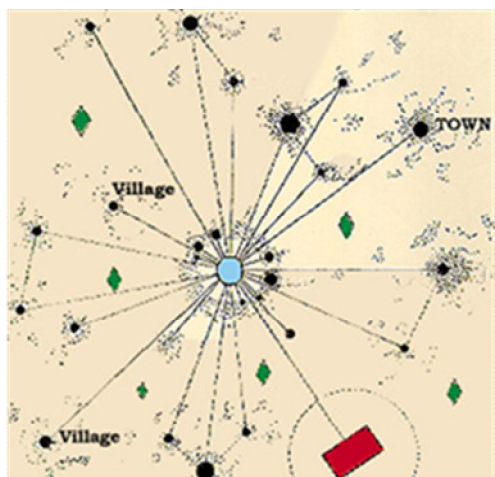
Em seu modelo que ficou conhecido como “relatório Dawson” o Dr. Dawson preconizava que os níveis de saúde são interdependentes, ocorrendo em uma área delimitada de saúde congregando as ações preventivas e curativas. Segundo Rodrigues (2009) no diagrama que esquematiza suas idéias, Dawson situa o nível secundário de saúde no centro de seu diagrama demonstrando a necessidade de uma organização de referência e contra referência entre diferentes níveis de complexidade (Figura 2).

Ao observarmos as idéias de Dawson (Quadro1), é possível perceber que o relatório produzido por ele, teve forte influência no desenvolvimento das diretrizes que norteiam o sistema de saúde que foi implementado no Brasil.

Apontando assim para um modelo extremamente atual de gestão e organização dos serviços de saúde. Embora datada de 1920 o centro das questões de saúde e as soluções destacadas estabelecem uma linha de ação que pode ser considerada como eixo principal do que se entende por ESF praticado hoje no Brasil.

“A Proposta de reforma sanitária surgiu e foi vitoriosa num momento em que o regime militar entrou em crise e começou a transição para a democracia. Nesse período, particularmente entre os anos de 1979 e 1988, o país viveu um clima de grande mobilização política pela democracia, que favoreceu a crítica ao sistema de saúde vigente até então.” (RODRIGUES, 2009 P.83).

FIGURA 2: Diagrama de Dawson



- Hospitais universitários e de ensino
- Serviços de atenção domiciliar
- Centros de serviços secundários de saúde
- Serviços suplementares
- Centros de Serviços primários de saúde

FONTE: Adaptado de Lima (2011)

As idéias centrais do Relatório Dawson

As ações preventivas e curativas não podem ser separadas, devendo ser organizadas de forma integrada e colocadas dentro da esfera de atividade dos médicos generalistas, que inclui, além do indivíduo, suas famílias e comunidades;

As ações e serviços devem ser acessíveis a todas as classes da população;

Os serviços de saúde de uma população específica devem possuir como um centro primário de saúde, que ofereça ações preventivas e curativas a cargo de médicos generalistas e enfermeiros, com apoio técnico de especialistas visitantes; e

As unidades de saúde devem ser de diferentes tamanhos e níveis de complexidade, funcionando de forma integrada, com vínculos entre sí para o encaminhamento de pacientes.

FONTE: Adaptado de Rodrigues (2009)

5- A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nas últimas décadas a concepção do processo saúde-doença vem sendo alvo de reflexão e mudança. Os atores sociais envolvidos com o ideário da Reforma Sanitária no Brasil vêm dinamizando um processo de 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 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).

No processo de priorização do SUS, estabeleceu-se em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção para todo o País, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios. O PSF tem o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral. A operacionalização do Programa de Saúde da Família deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais. O impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ter a preocupação de permear todo processo de implantação dessa estratégia. Recomenda-se que uma equipe seja responsável, no âmbito de abrangência da unidade básica, por uma área onde residam 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes. Este critério pode ser flexibilizado em razão da diversidade sócio-política e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como: densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros fatores considerados de relevância social. (DOMINGUEZ,1998).

A ESF (Estratégia de Saúde da Família) tem objetivos definidos:

- *“Prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso a assistência e a prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos;*

- *Reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios: atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social;*
- *Garantir equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do município, avançando na superação das desigualdades.” (www.saude.rj.gov.br)*

As equipe devem estar devidamente capacitadas para:

- *“Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;*
- *Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;*
- *Elaborar com participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;*
- *Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio, e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;*
- *Desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados”. (www.saude.gov.br)*

A composição da equipe em sua formação mínima prevê a lotação de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo contar ou não com equipe de saúde bucal.

O estado do Rio de Janeiro conta com equipes da ESF em 90 municípios.

5.1- O Núcleo de Apoio À Saúde da Família

Criado pela portaria GM N° 154, de 24 de Janeiro de 2008 (considerando a portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a portaria n° 699/GM de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e

de Gestão) determina a criação do O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de aumentar a efetividade e o alcance da Estratégia da Saúde da Família no território de ação das equipes.

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em consonância com as Equipes de Saúde da Família (ESF), trabalhando no apoio a ação destas. Segundo o § 1º do artigo 2º da portaria GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008, “ O NASF não é uma porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF”.

“O Artigo 3º da portaria supracitada, define que o NASF deve ser classificado em duas modalidades a saber:

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupação não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico, Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupação não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código CBO: Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico, Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional”. (Portaria GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008).

A aprovação da criação e implantação dos NASF, foi fundamental para a entrada na ESF de profissionais que antes atuavam sem interface com as equipes mínimas da ESF o que tornava fragmentado o atendimento.

A implantação da ESF e dos NASF nos municípios da Baixada Fluminense estão ocorrendo de forma gradativa como se observa nos dados coletados durante a pesquisa.

6-QUESTÃO NORTEADORA

As necessidades levantadas pelos gestores justificam a capacitação de Fisioterapeutas para atuarem na ESF?

7-OBJETIVOS

7.1- Objetivo Geral

Discutir a percepção dos fisioterapeutas e gestores a cerca dos problemas e necessidades referentes a capacitação visando à atuação na Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu.

7.2- Objetivos Específicos

Analisar as necessidades para capacitar os profissionais que atuam na ESF nos municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu.

Identificar como é realizada por parte da gestão a capacitação dos profissionais fisioterapeutas que atuam na ESF nos municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu.

8 - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

8.1- Natureza do Estudo

O estudo é de cunho qualitativo, caracteriza-se por um estudo com finalidade exploratória, uma vez que aborda tema que segundo Minayo (2007) consiste em “[...] um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.” Para desenvolver o estudo foram realizadas entrevistas com os profissionais fisioterapeutas que atuam na Estratégia de Saúde da Família, bem como os gestores envolvidos na identificação da necessidade e operacionalização de capacitação dos profissionais fisioterapeutas que atuam na ESF.

“A pesquisa qualitativa responde questões muito particulares [...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esses conjuntos de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.” (MINAYO, 2007)

Este estudo teve a finalidade de avaliar a percepção em relação à capacitação do fisioterapeuta e a colaboração desta capacitação para inserção do profissional fisioterapeuta na ESF, tanto sob a ótica do profissional fisioterapeuta que atua no atendimento a população adscrita cadastrada na ESF, quanto na ótica dos que tem a responsabilidade pela capacitação e fornecer as ferramentas necessárias aos gestores da ESF para detecção das lacunas existentes na formação, se for o caso, melhorando a qualidade das estratégias voltadas para a capacitação dos profissionais fisioterapeutas que atuam na ESF.

“[...] A ciência é a forma hegemônica de construção da realidade, considerado por muitos críticos como um novo mito, por sua

pretensão de único promotor e critério de verdade. No entanto, continuamos a fazer perguntas e a buscar soluções.” (MINAYO, 2007)

8.2 – Cenário

O estudo foi realizado nos municípios de Belford Roxo (mapa 1), Nova Iguaçu e Nilópolis, situados na região metropolitana I (mapa 2), estado do Rio de Janeiro (Mapa3) que engloba ainda os municípios do Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Japeri, Mesquita, Queimados e São João de Meriti, Abrigando aproximadamente 62% da população do estado (COSEMS, 2009). “Embora a Região Metropolitana I caracterize-se pela sua grande densidade populacional, possui a menor cobertura de Estratégia de Saúde da Família do estado” (COSEMS, 2009).

O município de Belford Roxo, se caracteriza pela grande demografia, apresenta 501.544 hab. distribuídos em um território de 79,791 km² (IBGE, 2009), e Economia com bases no comércio local, na indústria química e metalurgia.

Belford Roxo apresenta características de cidade dormitório em razão de se situar as margens da rodovia BR-116 (Rio – São Paulo) e por sua proximidade com a cidade do Rio de Janeiro sendo servida por um sistema de transporte composto por grande número de linhas de ônibus e pela malha ferroviária suburbana do Rio de Janeiro ligando o centro da metrópole a seus bairros populares.

A tabela 1 apresenta a distribuição da população por idade e sexo de Belford Roxo no ano de 2009.

TABELA 1 - População por idade e sexo do município de Belford Roxo

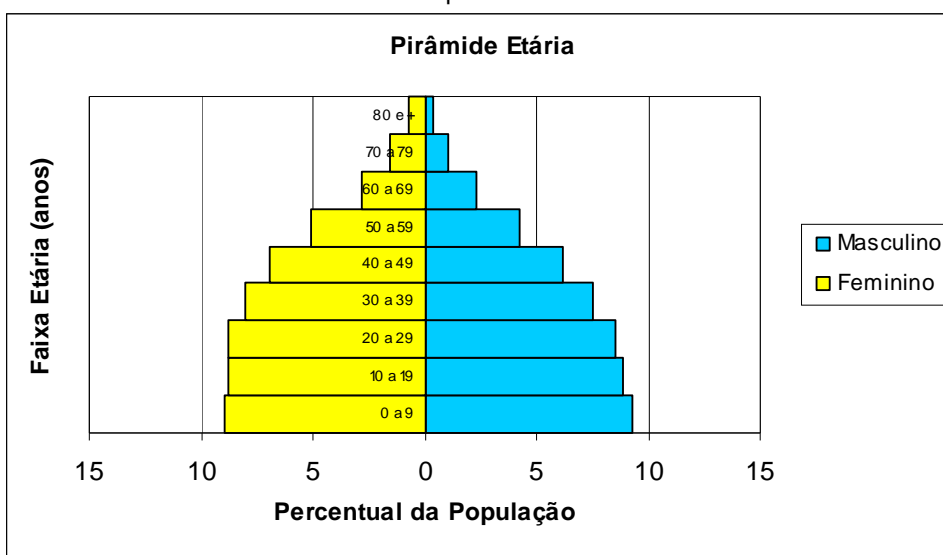
População por idade e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	3.915	3.747	7.662
1 a 4	17.840	17.164	35.004
5 a 9	24.707	23.970	48.677
10 a 14	22.970	22.567	45.537
15 a 19	21.611	21.536	43.147
20 a 29	42.639	44.084	86.723
30 a 39	37.580	40.460	78.040
40 a 49	30.990	34.811	65.801
50 a 59	21.493	25.327	46.820
60 a 69	11.562	14.048	25.610

População por idade e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
80 e +	1.929	3.389	5.318
Ignorada	-	-	-
Total	242.625	258.919	501.544

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

O gráfico 1 traz a pirâmide etária do município, observando o gráfico percebemos uma base mais larga, porém, mantendo um equilíbrio entre os percentuais das faixas etárias de 0 a 29 anos, afunilando no topo indicando uma pequena proporção de idosos. O estreitamento da base da pirâmide indica uma diminuição da natalidade, fato que foi comprovado ao observarmos o caderno de saúde do município, que traz uma taxa bruta de natalidade de 14,3 por mil habitantes em 2008 contra 22,0 por mil habitantes em 1999 (SINASC, 2009)

GRÁFICO 1 - Pirâmide etária do município de Belford Roxo



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

Belford Roxo apresenta uma capacidade de atendimento composta de 108 estabelecimentos públicos e privados conforme tabela 2.

Nova Iguaçu é considerado o município mais importante da baixada fluminense pelo comércio muito desenvolvido da região e pela força de sua indústria. Fundado em 15 de janeiro de 1833 o município de Nova Iguaçu deu origem a diversos municípios que hoje fazem parte da região metropolitana I como Belford Roxo, Nilópolis, Mesquita, Duque de Caxias, São João de Meriti, Pavuna, Xerém e Queimados.

Nova Iguaçu conta com uma População de 865.089 habitantes (IBGE 2009) distribuída em uma área de 520,5 Km² é cortada pelas BR-116, BR-465 (Antiga Rodovia Rio-São Paulo), RJ-081 (Via Light), RJ-105 (Trecho Sul: Estrada de Madureira, Trecho norte: Estrada Dr. Plínio Casado), sendo também servida de uma malha rodoviária por 91 linhas municipais e 27 intermunicipais além de uma rede ferroviária de transporte de passageiros e carga que a integram à capital do estado.

Todavia Nova Iguaçu diferente da maioria dos municípios da baixada fluminense não se caracteriza como cidade dormitório em razão de ser o mais desenvolvido economicamente da região.

A tabela 3 apresenta a distribuição da população por idade e sexo de Nova Iguaçu no ano de 2009.

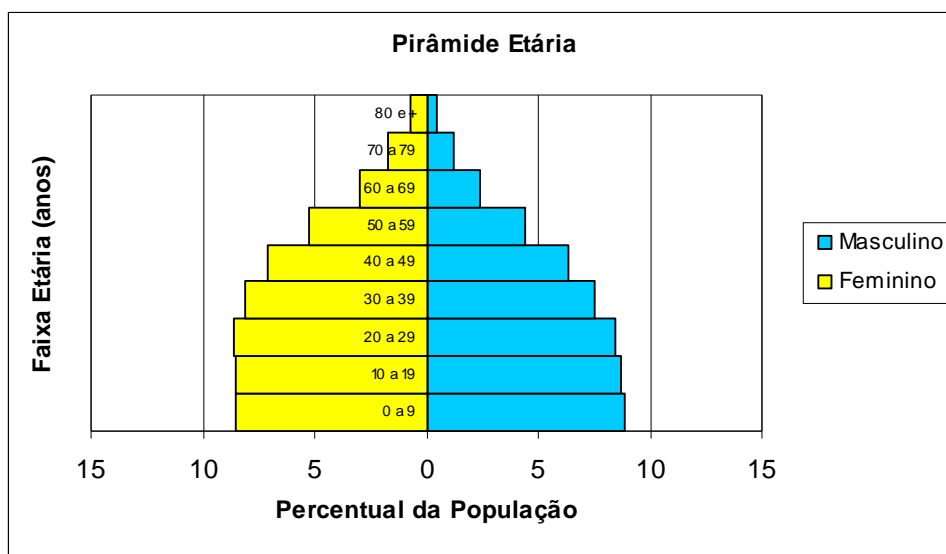
TABELA 3 - População por idade e sexo do município de Nova Iguaçu

População por Idade e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	6.370	6.088	12.458
1 a 4	29.380	28.022	57.402
5 a 9	41.259	39.445	80.704
10 a 14	38.626	37.741	76.367
15 a 19	36.716	36.373	73.089
20 a 29	72.778	74.272	147.050
30 a 39	65.250	69.986	135.236
40 a 49	55.014	61.679	116.693
50 a 59	38.239	45.365	83.604
60 a 69	20.937	26.044	46.981
70 a 79	10.320	14.890	25.210
80 e +	3.769	6.526	10.295
Ignorada	-	-	-
Total	418.658	446.431	865.089

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

O gráfico 2 traz a pirâmide etária do município, observando o gráfico percebemos uma base mais larga, porém, mantendo um equilíbrio entre os percentuais das faixas etárias de 0 a 29 anos, com ligeiro estreitamento nas faixas de 30 a 49 anos e afunilando no topo indicando uma pequena proporção de idosos. O estreitamento da base da pirâmide indica uma diminuição da natalidade, fato que foi comprovado ao observarmos o caderno de saúde do município, que traz uma taxa bruta de natalidade de 13.4 por mil habitantes em 2008 contra 20.9 por mil habitantes em 1999 (SINASC, 2009).

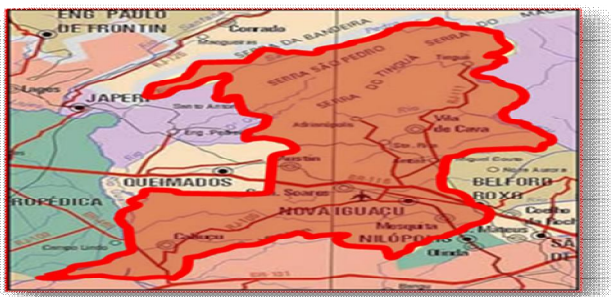
GRAFICO 2 - Pirâmide etária do município de Nova Iguaçu



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

Nova Iguaçu é servida por uma rede de saúde composta por 24 Unidades Básicas de Saúde, 4 Postos de Saúde, 1 Centro Municipal de Saúde, 1 Centro de Saúde do Trabalhador, 3 Unidades Mistas (24h), 1 Hospital Geral de referência (Posse), 28 unidades de Programa de Saúde da Família (52 equipes de saúde com 315 agentes), 1 policlínica regional, Unidades de Saúde Mental: CAPS Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS infantil, 32 unidades conveniadas (SUS).

FIGURA 4: mapa dos limites do município de Nova Iguaçu



FONTE: adaptado de www.governo.rj.gov.br/municipal

O município de Nilópolis apresenta população total de 159.005 habitantes distribuídos em 9Km² de área. Essa distribuição ocorre, pois, apesar de possuir área total de 19,4Km², 10,4km² são ocupados pelo Campo de Instrução de Gericinó de propriedade do Exército Brasileiro.

A economia do município é baseada no comércio e na prestação de serviços, fato atribuído a seu pequeno tamanho o que impede o desenvolvimento de indústrias no local.

O município de Nilópolis faz divisa com três municípios Rio de Janeiro, Mesquita e São João de Merití e se situa a 27,5Km da capital do estado e segundo dados do IBGE 2005 tem um dos melhores índices de qualidade de vida do estado com IDH médio de 0,788, 70% das residências tem ligação regular de água e o número de ruas pavimentadas e iluminadas chega à 99% do território.

A tabela 4 apresenta a divisão da população por faixa etária e sexo. O gráfico 3 traz a pirâmide etária da região que apresenta uma diminuição da base indicando uma diminuição da natalidade fato comprovado pela observação da evolução das condições de nascimento no caderno de saúde do município e da taxa bruta de natalidade que aponta a diminuição entre 1999 e 2008 de 16.6 para 13.6 por mil habitantes

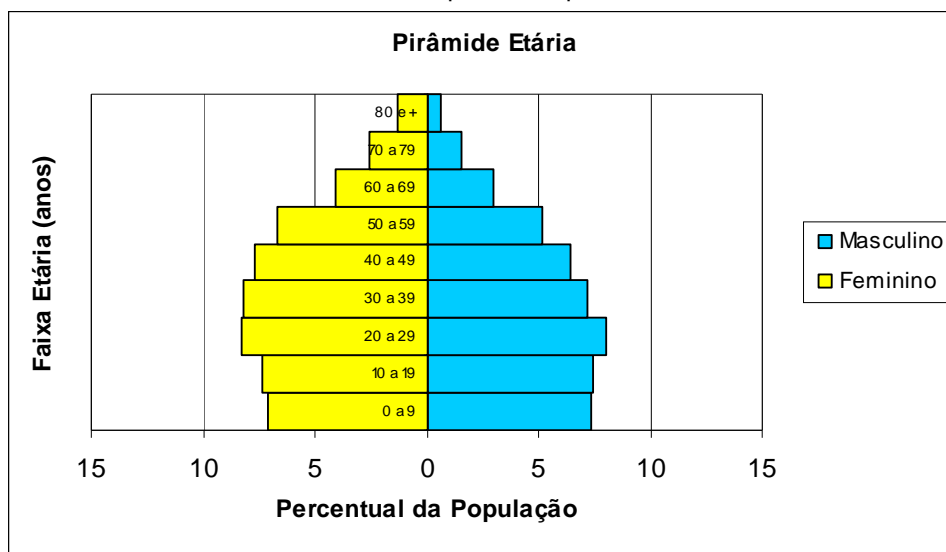
TABELA 4 - População por idade e sexo em Nilópolis, 2009

População por idade e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	938	897	1.835
1 a 4	4.404	4.232	8.636

População por idade e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
10 a 14	6.020	5.910	11.930
15 a 19	5.884	5.789	11.673
20 a 29	12.807	13.222	26.029
30 a 39	11.473	13.112	24.585
40 a 49	10.240	12.208	22.448
50 a 59	8.248	10.616	18.864
60 a 69	4.735	6.500	11.235
70 a 79	2.452	4.123	6.575
80 e +	964	2.082	3.046
Ignorada	-	-	-
Total	74.537	84.872	159.409

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

GRÁFICO 3 - Pirâmide etária do município de Nilópolis



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

A pirâmide etária ([grafico 3](#)) mostra ainda um grande afunilamento no seu vértice com importante diminuição do percentual de idosos principalmente de 70 e 80 anos ou mais que quando analisado a luz das causa de mortalidade por faixa etária segundo grupo de causa (SINASC, 2009) apresenta percentual de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório para essa faixa etária.

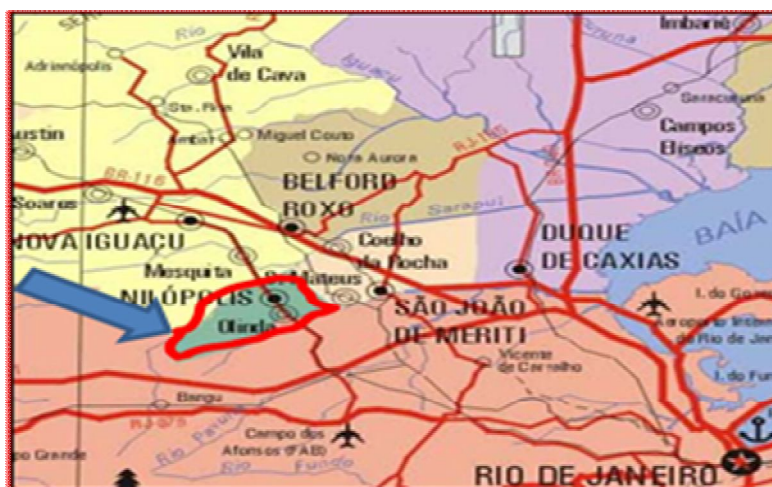
Nilópolis conta com uma capacidade de atendimento em saúde de 154 estabelecimentos públicos e privados (tabela 5).

TABELA 5 - Estabelecimentos de saúde no município de Nilópolis

Tipo de estabelecimento	Público	Privado	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	-	-
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	1	-	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	-	-	-
Centro de Parto Normal	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	6	-	6
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	2	22	24
Consultório Isolado	15	78	93
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	-	1	1
Hospital Dia	-	-	-
Hospital Especializado	-	2	2
Hospital Geral	2	-	2
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	-	-
Policlínica	-	5	5
Posto de Saúde	3	-	3
Pronto Socorro Especializado	-	-	-
Pronto Socorro Geral	-	-	-
Secretaria de Saúde	-	-	-
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	-
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	17	17
Unidade de Vigilância em Saúde	-	-	-
Unidade Móvel Fluvial	-	-	-
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	-	-	-
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-
Total	29	125	154

FONTE: CNES, 2010.

FIGURA 5: Mapa dos limites do município de Nilópolis



FONTE: adaptado de www.governo.rj.gov.br/municipal

FIGURA 6: Mapa da região Metropolitana I



FONTE: <http://pt.wikipedia.org/wiki/RegiaoMetropolitanadoRiodeJaneiro>

FIGURA 7 : Mapa do estado do Rio de Janeiro



FONTE: CIDE (2004)

Os dados referentes aos municípios foram interpretados separadamente, posteriormente foram separados os principais agravos em cada município onde a fisioterapia poderia atuar tanto preventiva quanto curativamente.

Comparando os principais agravos quanto a incidência e prevalência nos três municípios com base nos cadernos de saúde, foi constatado que os percentuais de internações por grupo de causa e faixa etária (CID10), apontam para algumas patologias que apresentam indicadores de incidência e prevalência nos três municípios tais como: doenças dos aparelhos nervoso, circulatório e respiratório, sistema osteomusculares e tecido Conjuntivo e malformações congênitas e deformidades e anomalias cromossômicas

Outro dado importante com relação a patologias de ação do fisioterapeuta são referentes a pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O levantamento feito através da

ferramenta hiperdia do ministério da saúde mostra que proporcionalmente a incidência destes agravos é semelhante nos três municípios

TABELA 6 – Pacientes diabéticos e/ou hipertensos em Nova Iguaçu, Nilópolis e Belford Roxo

Município	Nº de Diabéticos					Nº de Hipertensos			Nº de diabéticos c/ hipertensão		
	Total	Tipo 1		Tipo 2		Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
		Masc	Fem	Masc	Fem						
B.Roxo	14	0	1	6	7	210	60	150	115	42	73
Total	14	0	1	6	7	210	60	150	115	42	73
Nilópolis	8	2	1	2	3	84	19	65	24	12	12
Total	8	2	1	2	3	84	19	65	24	12	12
N. Iguaçu	370	25	39	121	185	3073	922	2151	1231	322	899
Total	370	25	39	121	185	3073	922	2151	1231	322	899

FONTE- Hiperdia <http://hiperdia.datasus.gov.br/>

As patologias referidas se encaixam no quadro de doenças onde a ação da fisioterapia pode trazer melhora na qualidade de vida e diminuição da necessidade de internações, aumentando a possibilidade de vagas para casos mais graves.

8.3- Coleta de dados

Por se tratar de um estudo onde as informações dos informantes foram utilizadas, ainda que de forma global e anônima o projeto foi submetido ao conselho de ética em pesquisa da Universidade Estácio de Sá e aprovado em 28/01/2011 – CAAE 01410308000 documento nº 3.

Após a Aprovação pelo conselho de ética em pesquisa da Universidade Estácio de Sá o pesquisador realizou reuniões prévias, uma com cada grupo, de profissionais que faziam parte do grupo de interesse para a pesquisa. Nos dois momentos o objetivo consistia em apresentar o projeto. Os grupos foram denominados como:

Grupo I, constituído por gestores da ESF dos municípios participantes da pesquisa totalizando quatro gestores (Tabela1). Como critério de inclusão foi observado como único ponto de exigência ocupar cargo de gestão envolvido na criação e/ou implementação de estratégias de capacitação voltadas para os profissionais fisioterapeutas da ESF, totalizando quatro informantes.

Todos os gestores entrevistados apresentam especialização em saúde pública e/ou gestão de recursos humanos em saúde, sendo dois enfermeiros (Nilópolis e Nova Iguaçu) e dois fisioterapeutas (Belford roxo).

Grupo II, constituído de onze profissionais Fisioterapeutas da ESF dos municípios de Belford Roxo, Nova Iguaçu e Nilópolis (Tabela 1). Neste grupo o critério de inclusão requeria que o informante fosse fisioterapeuta e atuasse na ESF. O critério de exclusão neste grupo consistia na não aceitação pelo profissional de participar da pesquisa ou da decisão de abandonar a pesquisa durante seu andamento.

Após esclarecimento sobre o projeto, os profissionais interessados em participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), entregue a cada um dos informantes, sendo devidamente comunicados sobre a função do documento, bem como, de que a assinatura do mesmo não constituía nenhum contrato de obrigatoriedade de participação na pesquisa, podendo em qualquer tempo desistir e se desligar da mesma.

Visando respaldar e resguardar as partes envolvidas foi encaminhada uma solicitação aos gestores da ESF dos municípios envolvidos, informando sobre o objetivo da pesquisa e solicitando autorização para realizar as entrevistas, uma vez que as mesmas, por preferência dos informantes serão realizadas nos locais de trabalho dos mesmos (Apêndice D)

As entrevistas foram agendadas e a realização destas se baseou em um roteiro semi-estruturado para cada um dos grupos de informantes, (Apêndices A e B) composto por questões de caráter objetivo que visavam conhecer pontos específicos da formação acadêmica (instituição formadora, tempo de formação, especialização entre outras) e perguntas abertas que permitiram ao entrevistado expressar sua visão sobre o assunto objeto da pesquisa.

O local da entrevista ficou a critério dos informantes conforme consulta previa, e os dois grupos optaram por concedê-las em seus locais de trabalho.

Nos dois casos as entrevistas foram realizadas de forma individual e em caráter sigiloso sendo reafirmado ao informante que não haveria nenhum tipo de exposição de forma identificada da opinião de cada um. Para captar a totalidade dos depoimentos as entrevistas foram registradas por meio de um gravador digital e os depoimentos registrados foram posteriormente transcritos, analisados e interpretados.

“A entrevista apreende não as práticas dos sujeitos, mas as narrativas de suas práticas, segundo a visão do narrador” (MINAYO, 2007), partindo da premissa descrita por Minayo, a entrevista vai além do que é dito e o entrevistador deve estar atento ao diálogo não verbal que acontece em paralelo ao diálogo verbal da entrevista propriamente dita. Observando códigos iconográficos¹⁰ e outros códigos semióticos¹¹ apresentados pelos informantes. Sendo assim o pesquisador fez uso de um diário de campo onde procurou captar de forma fidedigna este tipo de informação não verbal que se mostraram de suma importância para desvendar algumas falas e contextualizar melhor o que fora gravado durante as entrevistas.

TABELA 7 - Número de participantes da pesquisa por município

Entrevistados	Belford Roxo		Nilópolis		Nova Iguaçu	
	Nº de entrevistados	Nº total	Nº de entrevistados	Nº total	Nº de entrevistados	Nº total
Gestores	2	2	1	1	1	1
Fisioterapeutas	4	6	2	2	5	11

TABELA 8 - Percentual de Fisioterapeutas e gestores entrevistados em relação ao total dos Municípios estudados

Total de gestores	4	Total de Fisioterapeutas	19
Total de gestores entrevistados	4	Total de Fisioterapeutas entrevistados	11
Percentual de entrevistados	100%		57,9%

¹⁰ Informações colhidas através de sinais, imagens, filmes, fotografias.

¹¹ Informações colhidas através de comportamentos, objetos, postura, vestuário.

8.5- Análise dos Dados

A análise do conteúdo e sua posterior interpretação seguiu metodologia explicitada por Bardin (1977), onde [...] “o conteúdo analisado deve ser dividido em pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação de forma a transformar o material colhido em uma estrutura significativa de informação” [...], e ainda segundo a autora a análise de conteúdo requer um entendimento global do que é transmitido pelo indivíduo participante da pesquisa.

Bardin (1988) descreve ainda que o processo de categorização como a classificação de elementos que constituem um grupo de acordo com sua diferença e, posterior reagrupamento segundo semelhanças no discurso, tendo como objetivo principal a representação dos dados de forma simples.

Desta forma as falas dos grupos de informante formados por fisioterapeutas e gestores dos municípios pesquisados foram separados em categorias segundo sua representatividade e posteriormente reagrupadas por analogia conforme descreve a autora.

“O conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (BARDIN, 1979)

QUADRO 2 - Categorias, sub-categorias e núcleos de sentido

Categorias	Sub-categorias	Núcleos de sentido
Fisioterapeutas e gestores	-----	<ul style="list-style-type: none">- Formação Generalista- Estratégias de Capacitação- Educação continuada- Formação adequada- Estratégias de capacitação

Fisioterapeuta e a ESF hoje	Problemas	<ul style="list-style-type: none"> - A estratégia de saúde da Família como negócio. - Demanda - Diferentes tipos de contrato de trabalho - A dificuldade de implantação do NASF - Diferenças na capacitação entre os municípios - A política
	Estratégias utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades - Soluções regionais
Fisioterapeuta e a ESF no futuro	-----	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento dentro da ESF - Saída para o gargalo na saúde - Visita domiciliar freqüente do fisioterapeuta

Dentre as diversas maneiras de se analisar conteúdos, foram utilizadas análise de avaliação ou análise representacional e a análise de expressão descritas por Minayo (2007). No primeiro tipo de análise apresentado, a autora define como sendo a forma de “medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que fala, levando em conta que [...] a linguagem representa e reflete quem a utiliza” (MINAYO, 2007).

“análise de avaliação ou representacional leva em consideração se o informante é contra ou a favor e se esta posição é defendida de forma fria ou apaixonada, a análise de expressão faz uma correlação entre o tipo de discurso e as características do locutor e seu meio.” (MINAYO, 2007).

Bardin (1988) descreve o processo de categorização como a classificação de elementos que constituem um grupo de acordo com sua diferença e, posterior reagrupamento segundo semelhanças no discurso, tendo como objetivo principal a representação dos dados de forma simples.

9 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados onze fisioterapeutas e quatro gestores divididos pelos municípios estudados, conforme discriminado na tabela 1 do capítulo anterior. A partir dos relatos e dados coletados com os gestores dos municípios pesquisados foi traçado um quadro da situação da ESF nos municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu.

Os municípios de Belford Roxo, Nilópolis e Nova Iguaçu – RJ, iniciaram a implantação da Estratégia de Saúde da Família em momentos diferentes.

Belford Roxo implantou sua primeira unidade da ESF com Saúde Bucal em 1998 em Vila Pauline, hoje apresenta 35 Equipes sendo 12 com saúde bucal, 11 PACS e 2 NASF implantados e um NASF já organizado e em fase de validação, perfazendo um total de cobertura de 31% da população.

O município de Nilópolis iniciou a implantação da ESF em 1999 com cinco equipes sendo quatro de mínimas de saúde da família e um PACS. Hoje o município conta com vinte equipes mínimas de saúde da família e um PACS. Nenhuma das equipes tem saúde bucal.

A cobertura da ESF no município de Nilópolis é de 54% da população. Com relação a implantação do NASF, o município de Nilópolis não apresenta núcleos de apoio a saúde da família implantados, porém apresenta uma solução regional na tentativa de suprir a demanda mas, segundo o gestor da ESF do município em entrevista ao pesquisador “[...] não atende a necessidade pois a quantidade de hipertensos e diabéticos que necessitariam de atendimento principalmente de fisioterapia é muito grande”. Cada uma das chamadas equipes multidisciplinares de saúde (num total de duas no município), são compostas por um psicólogo, um assistente social, um nutricionista, um fisioterapeuta e um enfermeiro.

O município de Nova Iguaçu iniciou o programa com 52 equipes da ESF, porém não apresenta NASF organizado, não apresenta qualquer sistema regionalizado de apoio as equipes da ESF, sendo esta ação observada no município de Nilópolis. Nova Iguaçu nem apresenta algum projeto nesse sentido. A cobertura alcançada pela ESF no município de Nova Iguaçu é de 20,5% da população segundo IBGE (2009).

Após traçar o perfil da ESF nos municípios os profissionais foram separados por grupos para que fossem realizadas as entrevistas. Os grupos entrevistados foram classificados conforme a divisão inicial da coleta de dados onde o grupo I foi formado pelos gestores da ESF dos municípios pesquisados e o grupo II formado pelos profissionais fisioterapeutas que atuam na ESF.

Observou-se na análise dos dados apresentados que os profissionais da ESF, tanto aqueles responsáveis por cargos de gestão, quanto os profissionais fisioterapeutas que atuam na assistência apresentavam em sua maioria (85%) faixa etária entre 25 e 35 anos.

Os profissionais responsáveis pela gestão da ESF são, em sua maioria, experientes na função (Tabela 3).

TABELA 9 – comparação percentual entre tempo na assistência e tempo na gestão da ESF nos municípios pesquisados.

Função	Tempo de atuação	Total
Grupo I – Gestores	82% entre três e onze anos 18% acima de 11 anos	4 Gestores
Grupo II - Fisioterapeutas entrevistados	15% dez anos ou mais 75% menos de dez anos	11 Fisioterapeutas

9.1- A percepção da formação profissional e ações de capacitação profissional

O grupo de fisioterapeutas (grupo II) entrevistados refere-se sobre valorização da formação generalista em detrimento da formação especialista, adequada para a inserção dos mesmos na ESF.

Fisioterapeuta 3 Nova Iguaçu “... A formação do profissional deve ser generalista com foco no indivíduo... acho que a especialização, não é que não seja importante, mas se aprofundar muito não é bom, melhor conhecer as principais moléstias que ocorrem na população que a gente atua.”

Fisioterapeuta 2 Belford Roxo “Com certeza ele deve ter uma formação generalista com certeza isso é importante e um conhecimento epidemiológico da população em que ele vai estar desenvolvendo a atividade.”

As percepções dos fisioterapeutas sobre a formação profissional se contrapõem as evidências observadas na literatura que afirmam que em razão das exigências do mercado de trabalho por uma atuação mais especializada, associada a uma maior oferta de vagas nos serviços de média e alta complexidade, tanto público quanto privado, acaba por direcionar a formação para especialização “[...] nas últimas décadas, passou-se a exigir mais o domínio de técnicas e uma maior precisão na intervenção dos profissionais fisioterapeutas, refletindo sobre os currículos a busca constante por atualizações e aprendizados. Assim, a prática especializada foca a doença como objeto de atuação, tendo eficácia ao nível de reabilitação, principalmente nos casos de maior complexidade.” (VIEIRA, 2009)

A especialização centrada no conceito saúde-doença e relegando a um segundo plano a prevenção e a educação para a saúde por parte do fisioterapeuta. Porém, vão em direção as palavras de Silva, (2007, p. 2) sobre a inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família “[...] grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde [...]”

Quando analisamos a questão da capacitação do profissional fisioterapeuta que atua na assistência, percebemos variações significativas entre os municípios pesquisados no que tange aos programas destinados a estes profissionais.

No Município de Belford Roxo, onde existe NASF organizado existe a preocupação constante dos integrantes do grupo de gestores (grupo I) informantes da pesquisa em coordenar ações de educação continuada com base nas informações coletadas no SIAB e o cruzamento destas informações com as que são trazidas pelas equipes de supervisão, partindo do resultado encontrado se constrói um mapa de necessidades diferenciadas para cada região do município. Em entrevista com o gestor de Belford Roxo foi exemplificado em sua fala esta organização.

Gestor 1 de Belford Roxo “[...] agente trabalha sempre com educação continuada¹² assim vamos supor, a regional de Heliópolis apresenta um déficit em relação a dengue, os profissionais estão tendo dificuldade em identificar porque tem vários tipos de dengue e está vindo um outro tipo então agente pega e capacita este grupo que faz parte da regional de Heliópolis, todos os profissionais vão ser

¹² Em saúde o termo listado define espaço e tempo para que ocorra o processo (ex. treinamentos)

capacitados. Se em parque Amorim a dificuldade é em hiperdia então a gente vai e capacita essa regional em hiperdia e assim por diante.”

No município de Nilópolis o gestor atrela a capacitação dos profissionais a rotatividade, ou seja, como segundo a informação da própria gestora da ESF do município ultimamente não há uma rotatividade muito grande de profissionais estes são considerados capacitados.

Gestora de Nilópolis “... A capacitação atualmente é realizada uma vez por ano pelo ministério porque não temos muita rotatividade de profissionais então eles estão capacitados.”

Gestor 1 de Belford Roxo “Como a gente faz... todo mês aqui tem entrega de produção... então agente montou aqui na coordenação uma equipe de supervisores... tem a supervisão de enfermagem, a supervisão médica e a supervisão médica a gente dividiu em três etapas, saúde da criança, do adulto e do idoso e a supervisão de farmácia... e estes supervisores rodam as unidades e vão fazendo este diagnóstico, eles trazem a necessidade da ponta e a gente trabalha em cima disso... e também em cima dos indicadores do SIAB a gente vê onde estão os déficits, onde tem necessidade de melhorar onde há a necessidade de investir, é mais ou menos por ai que a gente vê [...]

Gestor de Nova Iguaçu “A capacitação deve atender as áreas específicas. Capacitar um profissional em gestão do sistema de saúde, enquanto o profissional atua na ponta é um desperdício. Sua capacitação deve ser para fazer gestão na atividade que exerce.
Realizo anualmente um inquérito sobre capacitações. As informações são cruzadas com os resultados do plano anual de saúde, do monitoramento dos indicadores dos pactos e ao PPI.”

A importância da organização do NASF em relação a organização dos processos de capacitação profissional dos fisioterapeutas que atuam na assistência, pode ser identificada na fala de alguns fisioterapeutas e de gestores da ESF.

De modo claro essa organização é influenciada pela presença ou ausência da estrutura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, sendo considerada pelos profissionais como satisfatória quando da presença do NASF e insatisfatória em sua ausência.

O consenso observado é que uma vez definida a necessidade de capacitação, nos municípios onde ocorrem, estas são calcadas no modelo de educação continuada. A prática das ações de capacitação com dia e hora para acontecer

favorecem o controle da gestão, além de considerarem que por se tratar de um treinamento específico para uma dificuldade detectada em uma determinada equipe ou equipes o modelo de educação continuada se torna mais efetivo e, pelo exposto torna-se o modelo mais utilizado segundo os próprios gestores da estratégia durante suas entrevistas.

Fisioterapeuta 1 de Belford Roxo “... Temos capacitação sim e ela é discutida entre a gente na própria equipe [...] tem o pessoal que faz a avaliação da produtividade e aí a gente conversa, discute e então eles levam as necessidades para a coordenação que dentro do possível tenta nos atender.”

Fisioterapeuta 1 de Nilópolis “No meu município existe a capacitação, mas só acontece uma vez por ano e é feita pelo ministério [...] quando o ministério faz o curso aí todo mundo da equipe participa.”

Fisioterapeuta 2 de Nova Iguaçu “Desde que eu entrei no município e olha que não tem pouco tempo, eu nunca fiz nenhuma capacitação não existe isso, se quiser fazer eu faço do meu bolso [...] a capacitação eu acho super importante você tem que se atualizar.”

Quando o questionamento foi se a especialização feita pelo profissional fisioterapeuta foi importante para sua inserção na ESF, o que se obteve nas respostas foi que a especialização acrescenta de maneira geral, porém, não é fundamental para ingressar na ESF.

Fisioterapeuta 5 Nova Iguaçu “Minha especialização é importante sim, mas, para o atendimento [...] para entrar no PSF não, assim eu uso o que aprendi como técnicas e coisas assim me ajuda no atendimento entende”

9.2- O SUS na visão dos profissionais da ESF

Nas falas dos profissionais da ESF, os gestores dos municípios de Nilópolis, Belford Roxo e Nova Iguaçu, observa-se um discurso que aponta para as diferenças entre a organização teórica do Sistema Único de Saúde – SUS (financiamento,

recursos humanos, diferenças nos salários) e a realidade vivida no dia a dia do trabalho no serviço.

Gestor 2 de Belford Roxo “Olha... o ministério da saúde sonha muito... mas em termo de ESF eu acho que um problema primordial é a diferença de salário, enquanto isso não for equilibrado vai ficar muito difícil... se não houver equiparação salarial entre os municípios... digo dentro de cada categoria de profissional entre os municípios fica muito difícil isso virou um balcão de emprego [...]”

Gestora de Nilópolis “A idéia é muito boa mas a política... acho que seria melhor se voltasse a ser dividido federal, estadual e municipal cada um na sua”.

Gestor de Nova Iguaçu “O SUS, ou seja, o Serviço Nacional de Saúde Brasileiro ainda precisa avançar mais. A questão do financiamento, é hoje, tão crucial quanto seu gerenciamento. Precisamos urgentemente substituir o modelo de municipalização autárquica pela gestão regionalizada solidaria. Isto resolveria em parte os problemas de a quem deve seguir os recursos, o gestor ou o cidadão, fazer com que a responsabilidade de gestão difusa seja substituída pela responsabilidade inequívoca.”

O que se observou durante as entrevistas feitas foi que os profissionais entenderem que a estrutura que foi idealizada para o SUS, se realmente implantada atenderia de forma integral os anseios e necessidades da população e ofereceria condição de trabalho satisfatória o que na maioria das vezes, segundo os profissionais entrevistados, não ocorre.

Fisioterapeuta 4 Belford Roxo “Acho que se o SUS do papel fosse igual ao SUS da realidade seria fantástico trabalhar aqui, pena que não é isso que nós encontramos no dia a dia do trabalho... longe disso, infelizmente.”

Fisioterapeuta 2 de Nilópolis “Não vejo solução para o SUS, digo isso porque não acredito que tudo aquilo que se lê a respeito dos programas do SUS venha realmente a ser feito”

Os entrevistados tanto fisioterapeutas quanto gestores, reconhecem que a fisioterapia é fundamental na ação da ESF, e que a atual configuração na utilização destes profissionais na estratégia não é a ideal.

Ao entrevistar os fisioterapeutas do município de Nova Iguaçu, estes tiveram certa dificuldade em situar a fisioterapia na ESF pela falta de organização deste serviço no município. Porém todos concordaram que a fisioterapia é fundamental

para diminuir o número e o tempo de internações de pacientes que poderiam ter um atendimento direcionado.

Já os municípios de Nilópolis e Belford Roxo embora apresentem formas diferentes de organização da fisioterapia, os profissionais que neles atuam acreditam que apesar de ter melhorado muito, em termos de atendimento fisioterapêutico na ESF, ainda há muito a ser feito para atingir uma organização satisfatória. Percebemos durante as falas tanto dos fisioterapeutas entrevistados quanto dos gestores que este sentimento de necessidade de melhoria é uma tônica entre os dois grupos.

- | | |
|------------------------------|--|
| Fisioterapeuta 3 Nova Iguaçu | “Acho que acompanha o cenário geral da saúde... acho que está muito precária principalmente pra quem está ai na rede SUS [...] mas não tem como impedir o crescimento da presença do fisioterapeuta no Programa de saúde da Família eu acredito quando vai diminuir os casos de pacientes internados sem necessidade de estar lá e atuando de forma preventiva também” |
| Gestor 1 de Belford Roxo | “Eu vejo hoje muito deficitária[...] não tem assim é...como é que eu posso dizer um espaço que deveria até por conta da demanda... por que a demanda é muito grande... uma demanda reprimida absurda... e não se tem os espaços... se tem os profissionais mas não se tem a abertura no mercado para este profissional... a gente criou o NASF... montou o NASF mas nem de longe atendeu a necessidade [...] Cada município é claro tem a sua necessidade, mas aqui em Belford Roxo o número de acamados é absurdo, e o NASF não tem como resolver... então se tivesse o fisioterapeuta na estratégia ia sanar 90% dos problemas aqui dos pacientes acamados... diminuindo o gargalo que nós temos.” |
| Gestora de Nilópolis | “A necessidade é muito grande, o número de diabéticos e hipertensos é muito grande, sabemos que deveria haver mais fisioterapeutas... nada contra outros profissionais que são importantes mas acho que em algumas situações poderíamos ter mais fisios (fisioterapeutas) até em detrimentos de outros profissionais.” |
| Fisioterapeuta 2 Nilópolis | “A gente faz o que pode porque a quantidade de fisioterapeutas é pequena para atender a todo mundo. Acho que no futuro o caminho da saúde é o saúde da família e o fisioterapeuta tem que estar nesse contexto” |

A possibilidade de se conseguir mudanças na forma como o fisioterapeuta é alocado na ESF é um anseio das gestões dos municípios, observou-se durante a entrevista que a gestão do município de Belford Roxo tem planos para tentar inserir o fisioterapeuta nas equipes da ESF o mais rápido possível.

Gestor 1 de Belford Roxo

“Consigo e vou fazer de tudo... é claro que o processo é político sem política a gente não consegue caminhar... um dos fatores que eu vou “bater” bater que eu digo é “martelar”é no sentido de tentar mudar essa legislação do saúde da família e a gente vincular o fisioterapeuta a equipe mínima... se tiver uma demora a nível nacional eu estou pesquisando... lendo... ainda não me aprofundei muito, pra ver se é possível com uma lei orgânica do município aqui pelo menos em B. Roxo se a gente consegue caminhar pra isso ai trabalhar em cima de repasse pra gente.”

Já a gestão do município de Nilópolis apesar de achar de grande importância o aumento do número de profissionais de fisioterapia não consegue avaliar como isso pode ser feito.

Gestora de Niópolis

“Não tenho como mensurar, acho que deveria aumentar [...] sonho por aumentar.”

A gestão de Nova Iguaçu afirma que a fisioterapia é importante mas infelizmente não pode inferir sobre a fisioterapia no SUS no presente e no futuro pois no que tange a ESF o atendimento fisioterapêutico é restrito ao NASF que não existe em seu município.

Gestor de Nova Iguaçu

“Hoje encontra-se restrita ao NASF, entretanto a fisioterapia e os fisioterapeutas devem aprofundar o debate para encontrar um caminho de assistência fisioterapêutica dentro da equipe de saúde da família. Essa é uma questão que deve estar presente na agenda da fisioterapia.”

As gestões da ESF apresentam diferentes percepções com relação ao entendimento da importância de se desenvolver um programa de capacitação baseado nas necessidades da equipe. Essa diferença se observa nas falas de seus gestores, no município de Belford Roxo a capacitação através de educação continuada é oferecida sempre que é detectada a necessidade do grupo de profissionais. A análise do discurso do gestor de outro município estudado mostra a capacitação como algo necessário apenas quando há grande rotatividade de

profissionais e que no caso do município em que trabalha essa rotatividade não vem ocorrendo e sendo assim não havia necessidade de capacitação.

Gestor 2 de Belford Roxo “[...] vamos supor, a regional de Heliópolis apresenta um déficit em relação a dengue, os profissionais estão tendo dificuldade em identificar porque tem vários tipos de dengue e está vindo um outro tipo então agente pega e capacita este grupo que faz parte da regional de Heliópolis, todos os profissionais vão ser capacitados.”

As percepções dos fisioterapeutas sobre a formação profissional se contrapõem as evidências observadas na literatura que afirmam que em razão das exigências do mercado de trabalho por uma atuação mais especializada, associada a uma maior oferta de vagas nos serviços de média e alta complexidade, tanto público quanto privado, acaba por direcionar a formação para especialização “[...] nas últimas décadas, passou-se a exigir mais o domínio de técnicas e uma maior precisão na intervenção dos profissionais fisioterapeutas, refletindo sobre os currículos a busca constante por atualizações e aprendizados. Assim, a prática especializada foca a doença como objeto de atuação, tendo eficácia ao nível de reabilitação, principalmente nos casos de maior complexidade.” (VIEIRA, 2009)

A especialização centrada no conceito saúde-doença, relega a um segundo plano a prevenção e a educação para a saúde por parte do fisioterapeuta. Porém, Silva, (2007, p. 2) afirma que a inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família seria de “[...] grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde [...]”

A análise das entrevistas e documentos teóricos indica situações que acabam por se configurar em problemas para a organização do NASF nos moldes da portaria GM N° 154, de 24 de Janeiro de 2008 que versa sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. O principal entrave a ser vencido segundo o gestor de Belford Roxo é a política “[...] é claro que o processo é político sem a política a gente não consegue caminhar” [...].

A pesquisa de campo permitiu observar no contato direto com os entrevistados, neste caso específico os envolvidos com a gestão, que os problemas ocorrem muitas vezes não por desconhecimento dos mesmos, mas, sim por impossibilidade na

solução dos mesmos como ocorre no caso da rotatividade dos médicos que impede criação de vínculo maior com a população adscrita a equipe do ESF. O relato do gestor de Belford Roxo afirmando que para se desenvolver melhor o trabalho é fundamental que se faça uma equiparação salarial por categorias nos diversos municípios, bem como, no tipo de vínculo empregatício dos profissionais segundo o gestor de Belford Roxo “[...] não é saudável você ter profissionais concursados, terceirizados, celetistas etc..., realizando a mesma função e veja, o que é pior com salários diferentes [...] fica quase impossível segurar os caras quando oferecem qualquer dinheiro a mais em outro município você entende? [...]”

Outro ponto observado e que interfere na organização de um programa de capacitação para os profissionais é a mudança nas políticas de administração quando se tem a mudança de gestão na prefeitura. A mudança de governo se reflete como algo normal em uma democracia e igualmente normal se tornam as discontinuidades nos processos de gestão. Nogueira (2006) refere-se a estas mudanças afirmando que a discontinuidade pode ocorrer em qualquer tempo do governo sendo, no entanto, muito mais comum de ocorrer quando do início de uma nova gestão de governo.

“... Em princípio, pode haver discontinuidade em qualquer uma das fases, da formação da agenda à avaliação da política. A mais comumente retratada, sem dúvida, acontece na fase da implementação; mas também planos e decisões são adiados, ou alternativas de políticas descartadas, simplesmente porque eram *da outra gestão*.” (NOGUEIRA 2006)

Em alguns casos o indivíduo se mantém no cargo, porém, com a mudança da gestão o trabalho é reiniciado com outra formatação para não caracterizar continuidade do governo anterior “[...] estou a mais de dez anos a frente da ESF e não posso fazer planos de metas para além de quatro anos porque mesmo se eu continuar, mas o prefeito mudar não sei o que ele vai querer fazer. É muito ruim isso.”

O discurso da gestão faz crer que a manutenção dos projetos e iniciativas se mostra dependente do olhar interessado do novo governo independente de quão satisfatório seja o resultado alcançado até então. Nogueira descreve em seu texto continuidade e discontinuidade administrativa em governos locais: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos, que vários processos são descartados simplesmente por que *eram do outro governo*, mas ressalva que “Não há dúvida de

que uma implementação percebida como bem-sucedida pode ajudar nesse sentido...” (NOGUEIRA, 2006) analisando os dois fragmentos de texto do mesmo autor que ocorrem no mesmo texto, percebemos a ambigüidade do tema e expõe as dificuldades e incertezas vividas pelos gestores da ESF na sua tarefa de planejar metas a longo prazo.

10- CONCLUSÃO

O estudo apontou para diferenças entre os municípios pesquisados. A maneira como a capacitação é pensada e entendida pelos gestores demonstra esta diferença que é diretamente influenciada por fatores intrínsecos ou não ao serviço tais como a política e a descontinuidade de processos e políticas de saúde, que dificulta a implantação do NASF impedindo ou tornando insipiente a presença de equipes multidisciplinares de apoio a ESF levando a uma deficiência no atendimento.

A diferença salarial existente dentro de uma mesma categoria nos municípios da Baixada Fluminense, é apontada pelo gestor do município de Belford Roxo como entrave na fixação dos profissionais na ESF.

A grande demanda reprimida para o trabalho dos profissionais que atuam no NASF, e em particular para o trabalho do fisioterapeuta foi verificado nas diversas falas dos dois grupos de informantes participantes do estudo, corroborada ainda pelo perfil epidemiológico dos municípios pesquisados.

Permitindo inferir que a presença do fisioterapeuta na ESF pode contribuir positivamente para uma maior eficácia no atendimento refletindo na qualidade do serviço prestado.

Cabe ressaltar que a necessidade de um maior número de profissionais fisioterapeutas não foi uma conclusão do pesquisador e sim a percepção dos anseios dos gestores da ESF dos municípios estudados, captados na análise das falas deste grupo.

No entanto não basta simplesmente aumentar o número de profissionais, é necessário a capacitação destes profissionais reforçando a formação generalista já preconizada na formação acadêmica e fundamental na atuação na ESF.

O modelo de saúde baseado na territorialização da região, buscando uma maior integração entre os serviços de saúde e a população adscrita, tal como é apresentado por Dawson em seu estudo, se mostra eficiente na busca de uma maior resolubilidade dos problemas de saúde. Com base nos dados coletados podemos inferir que muito ainda há para ser feito na busca da equidade, integralidade e universalidade, sendo necessário que se compreenda a importância da ação

conjunta das esferas de governo e seus níveis de gestão para o desenvolvimento da ESF.

REFERÊNCIAS

- AVOLIO, Gabriela Pereira. **Fisioterapia no PSF: Uma proposta de ação para o município de Cabo Frio, estado do Rio de Janeiro**. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação da Universidade Estácio de Sá com vistas à obtenção do título de mestre em saúde da família. Rio de Janeiro 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Persona Edições, 1988.
- BARROS, F. B.M. **Fisioterapia, Poliomielite e Filantropia: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro**. 2009. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto-lei nº 938. **Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1969; 13 out.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação Estudantil da Área da Saúde. Projeto VER-SUS BRASIL: **Vivência e estágio no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>.
- BRASIL, Senado Federal. **Estatuto do Idoso**. Íntegra da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Centro Gráfico; 2003.
- _____. Ministério da Educação. Conselho nacional de educação câmara de educação superior, resolução CNE/CES 4/2002. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia**, diário oficial da união, Brasília,DF, 4 de março de 2002. seção 1, p. 11.
- _____. Ministério da Educação. Decreto n.º 2.026, de 10 de outubro de 1996. **Estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior**. 10 out. 1996.
- BRASIL. Decreto-lei nº 938. **Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1969; 13 out.
- _____. Ministério da Educação. Lei n º 9394 de 20 dezembro 1996, estabelece as Lei das Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Brasília DF, D.O.U 23 Dez 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19/09/1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS) **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério de Saúde. portaria GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. § 1º do artigo 2º. **Dispõe sobre a criação e regulamentação do núcleo de apoio a saúde da família**, 24 jan 2008.
- COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) **resolução COFFITO 80**. Diário Oficial da União de 21 de maio de 1987.

CONGRESSO NACIONAL. Projeto nº 2.090–B. **Modifica o Decreto–Lei nº 938.** Diário do Congresso Nacional; 9 mai 1972 [seção I, páginas 771 e 772].

DOMINGUEZ, BNR. **Programa de saúde da família: como fazer.** São Paulo: Parma; 1998.

DUARTE YAO, CIANCIARULLO TI. **Idoso, família e saúde na família.**In: Cianciarullo TI, organizadora. Saúde na família e na comunidade. São Paulo (SP): Robe Editorial; 2002. p. 231-61.

FLEXNER A. **Medical Education in the United States and Canada.** New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

Hiperdia <http://hiperdia.datasus.gov.br/> acesso em 20 de Abr. de 2011.

LIMA, L. M. S. **avaliação da qualidade da assistência prestada pelo psf aos portadores de hanseníase utilizando geoprocessamento.** Dissertação apresentada ao programa de pós graduação da Universidade Estácio de Sá com vistas à obtenção do título de mestre em saúde da família. Rio de Janeiro 2011.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. **Origem e evolução da fisioterapia aspectos históricos e legais.** Revista fisioterapia; 1(1): 5-10, julho/dezembro, 1994.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza:Escola de saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

NOGUEIRA, F.A. **Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos.** 2006.139p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2006.

NOVAES, R. R. J. **Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas.** Fisiobrasil, no prelo. Disponível em www.efisio.com.br. Acesso em 20 de set. 2009.

OPAS-OMS. **A Saúde no Brasil.** Brasília, DF: 1998.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública. V. 35, n.1, 2001.

PETRI, F.C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia.** Dissertação de mestrado, Santa Maria RS Brasil 2006.

RIBEIRO, E.C. e MOTTA, J.I. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** In: <http://www.redeunida.org.br/produção/artigo03.asp>.

RODRIGUES, P.H.; SANTOS, I.S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** São Paulo: Atheneu, 2009.

SANCHEZ, E. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo.** Atualização Brasileira em Fisioterapia São Paulo: Panamed, 1984.

SILVA.D.J Da ROSA.M.A. **Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação.** Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007.

VIEIRA, Almir. **A prática fisioterapêutica generalista e especialista na cidade de Maceió – AL.** fisioeapia movimento, curitiba, v. 22, n. 2, p. 293-303, abr./jun. 2009. Mapa do município de Belford Roxo. disponível em www.belfordroxo.gov.br . acesso em 21 de Nov. de 2010.

Mapa do estado do Rio de Janeiro. Disponível em [HTTP://www.cide.rj.gov.br](http://www.cide.rj.gov.br), acesso em 21 de Nov. de 2010

Mapa da região Metropolitana I. disponível em [HTTP://pt.wikipedia.org/wiki/regiao metropolitana do Rio de Janeiro](http://pt.wikipedia.org/wiki/regiao metropolitana do Rio de Janeiro), acesso em 21 de Nov de 2010.

Mapa dos municípios de Nova Iguaçu e Nilópolis, disponível em www.governo.rj.gov.br/municipal, acesso em 21 de Nov. de 2010.

SISNEP. disponível em http://portal2.saude.gov.br/sisnep/extrato_projeto. acesso em 10/02/2011.

Apêndice A – Roteiro de Entrevista Com os Profissionais da ESF



MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome

Idade

Formação acadêmica (local, tempo, titulação)

Atuação profissional(tempo)

Fale-me sobre o início de sua atividade profissional (quais suas áreas de interesse, perspectivas, dificuldades).

Fale-me sobre sua incorporação ao serviço público e a equipe da ESF, e seu processo de capacitação

Julga necessário alguma mudança no processo de capacitação?

Julga que área em que se especializou contribuiu para sua inserção na ESF? Por que?

Como Sr.(a) vê a assistência fisioterapêutica hoje?

Como Sr.(a) vê a assistência fisioterapêutica no futuro?

Como Sr.(a) vê o SUS?

Como Sr.(a) vê a atuação da fisioterapia no SUS e no PSF?

O que Sr.(a) considera importante para atuação do fisioterapeuta no PSF (habilidades e competências)?

Gostaria de fazer mais algum comentário?

Apêndice B – Roteiro de Entrevista com Gestores da ESF



MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome:

Idade:

Formação acadêmica (tipo, local, tempo titulação)

Atuação profissional (tempo) na ESF e fora dela?

Atuação profissional como gestor na ESF (tempo)?

Tem formação específica em gestão?

Quais as ferramentas que o Sr. Utiliza para levantar dados como gestor?

Como identifica a necessidade de capacitação?

Existem programas de capacitação? Com que frequência?

Identificada a necessidade de capacitação como o Sr. procede? Como define o(s) profissional (is) que participará(ão) do programa?

Como o Sr.(a) vê a assistência fisioterapêutica hoje?

Como o Sr. (a) vê a assistência fisioterapêutica no futuro?

Como Sr. (a) vê o SUS?

Como você vê a atuação da fisioterapia no SUS e no PSF?

Gostaria de fazer mais algum comentário?

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, consinto em participar da pesquisa “Capacitação Profissional dos Fisioterapeutas que atuam em três municípios da Baixada Fluminense: Uma proposta de análise”

Essa pesquisa tem por objetivo avaliar as Habilidades e competências adquiridas na graduação em fisioterapia estão sendo trabalhadas para contribuir na inserção deste profissional na Estratégia de Saúde da Família.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de minha vida profissional, minha formação e estou ciente de que as informações serão confidenciais, e os resultados deste trabalho serão divulgados de forma anônima e global. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento.

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa ou minha participação, posso esclarecê-las com o próprio pesquisador, Sr. Walter Cascardo Carneiro, pelos telefones 2104-0474 e 93014783 e e-mail Walter.cascardo@gmail.com. Entendo que tenho liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e me recusar a participar no momento em que quiser, sem prejuízo para mim ou minha família. O mesmo se aplica a algum documento que seja solicitado.

Autorização: _____
_____, ____/____/____

O pesquisador se compromete a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura _____
_____, ____/____/____

Apêndice D – Solicitação aos Gestores Para a realização da pesquisa

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

_____, _____ de _____ de 2011

Prezado Senhor:

Solicitamos a V, S^a. a autorização para realização do projeto de pesquisa “Capacitação Profissional dos Fisioterapeutas que atuam em três municípios da Baixada Fluminense: Uma proposta de análise”, do mestrando Walter Cascardo Carneiro, na Rede Municipal de Saúde de Belford Roxo, com os fisioterapeutas que atum no PSF.

O referido estudo é baseado em uma metodologia qualitativa, e o projeto encontra-se em anexo.

Certos de poder contar com vossa colaboração, nos colocamos à sua disposição para maiores esclarecimentos: Walter – telefone (21)2104-0474 ou Walter.cascardo@gmail.com

Atenciosamente,

Prof.Dr. Luis Guilherme Barbosa
Prof.Orientador

Walter Cascardo Carneiro
Mestrando