

1. INTRODUÇÃO

Na formação dos profissionais da saúde podemos notar que existe um esforço das autoridades envolvidas, tais como: o Ministério da Educação, Ministério da Saúde e as Instituições de ensino superior, na busca da reorientação da formação profissional com incentivo à atenção básica e a saúde em geral, com sentido de mudança do modelo tradicional de ensino que historicamente era centrado no modelo hospitalar. Um agente incentivador desta mudança é o Ministério da Saúde que também possui a função de ordenar a formação de recursos humanos para atuarem na saúde. Outro agente importante da mudança foi o estabelecimento das diretrizes curriculares dos cursos de graduação, pela parceria entre os ministérios da educação e da saúde, que substituíram o currículo mínimo.

As diretrizes curriculares acrescentaram uma perspectiva social mais presente do que era observando antes (BRASIL, 2001A). O ensino, na área de saúde, deve buscar aliar os conhecimentos produzidos com os serviços prestados à população tendo como base as necessidades sociais. As diretrizes curriculares propostas a vários cursos da área da saúde apontam para uma formação integral dos seus profissionais. Desta maneira existem diversos programas interministeriais que oferecem incentivos às instituições de ensino superior (IES) para que possam atingir os objetivos propostos nas diretrizes curriculares. Primeiramente esta situação aconteceu para alguns cursos da área de saúde, tais como: a medicina, odontologia e enfermagem. Posteriormente alcançaram as demais carreiras na área da saúde. O objetivo de todas estas mudanças foi proporcionar uma melhor capacitação dos profissionais da saúde de se ajustarem às necessidades de saúde da população por meio da atenção básica.

O panorama observado na formação dos profissionais da saúde é um incentivo a especialização como forma de dar solução às necessidades da população. A Constituição Federal de 1988, que sustenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), também é responsabilizada por estabelecer preceitos para a formação profissional na área de saúde. Portanto, são necessárias articulações entre o ministério da Saúde e da Educação para que o andamento do SUS não seja comprometido pelo distanciamento do ensino na área da saúde das políticas públicas de saúde. As ações que surgiram do trabalho conjunto destes dois ministérios tiveram a integralidade como eixo norteador da reorientação da formação dos profissionais da saúde.

A integralidade é uma das diretrizes constitucionais do SUS que conforme Mattos (2004), afirma ser a integralidade, em seus diferentes sentidos, a superação do reducionismo biológico e do modelo assistencial hospitalocêntrico; busca a estruturação do serviço de saúde de forma a possibilitar o atendimento dos indivíduos em suas necessidades mais amplas, em que se valorize a escuta e não se subestime a atenção a grupos específicos da população. Em um levantamento feito por MACHADO (2007), o termo integralidade alcançou três sentidos diferentes sendo esses: a integralidade de respostas governamentais a respeito das necessidades populacionais, a integralidade como um conjunto de aspectos relativos à organização dos serviços de saúde e o terceiro atribuído às práticas exercidas em saúde. Neste trabalho, abordaremos a integralidade no sentido das praticas exercidas em saúde.

Preparar os profissionais de saúde atendendo as políticas de saúde é prepara-los também para o mercado de trabalho, visto que o SUS constitui um campo de atuação significativo, tanto no setor público quanto nos contratados. Desta maneira, as IES estariam de certa forma favorecendo o encaminhamento profissional de seus egressos.

Algumas IES apresentam esforços na integração dos processos de ensino-aprendizagem com as redes de serviços públicos, mas esta iniciativa é frágil porque a maioria delas é uma ação idealista dos docentes e discentes, faltando apoio e recursos necessários (HADDAD, 2006). Atualmente podemos observar que as pesquisas científicas incentivadas na maioria das IES estão direcionadas para aspectos especializados da saúde, que por sua vez necessitam do emprego de tecnologias sofisticadas. Estimular os trabalhos que envolvam a atenção básica pode contribuir com a atenção a saúde por meio de aspectos relevantes como a efetividade, a qualidade e a resolubilidade básica, de maneira que um tipo de pesquisa não cause prejuízo ao outro.

A Fisioterapia tem por objeto de estudo o ser humano e a análise do movimento corporal, auxilia na determinação das disfunções contribuindo para a prevenção, preservação e restauração da integridade de órgãos e funções. A complexidade do exercício desta profissão está diretamente relacionada à necessidade do entendimento global do ser humano, como afirma Rodriguez (2010) que ressalta a importância do acadêmico de fisioterapia durante a sua formação, desfrutar do contato com uma diversidade de ambientes para vivenciar o vasto campo de atuação disponível ao seu futuro profissional. As mudanças curriculares que acontecem nas IES dos profissionais da área da saúde, citadas por Ceccim e Carvalho (2006), buscam formar profissionais que estejam melhores preparados para atuar com a realidade da saúde no nosso país.

Para Mattos (2004), a prática de integralidade na saúde está na capacidade dos profissionais de incluírem em sua rotina de atendimentos procedimentos preventivos antecipados às necessidades observadas durante seu exercício profissional. Para que isto ocorra Gomes (2004) ressalta que o profissional de saúde deve possuir uma capacidade crítica de prever as necessidades de ações de saúde para o indivíduo.

O profissional de saúde lida com o processo saúde-doença que é um fenômeno multifatorial e por isso deve ser abordado de maneira integral. Um modelo de ensino que privilegia o conhecimento técnico e estimula a especialização não consegue colaborar com a formação do profissional de saúde para que este saiba de maneira adequada colocar em prática o princípio de integralidade do SUS, segundo as pesquisas de Petri (2006).

Desta forma, para Peduzzi (2001), a atenção em saúde deve acontecer em uma perspectiva de integralidade não tendo como único objetivo o tratamento da doença, mas também a produção de saúde. Quanto mais vivência e prática sobre interdisciplinaridade, o profissional de saúde tem maiores possibilidades de aplicar a integralidade as suas práticas profissionais.

O sistema de saúde pública brasileiro incentiva medidas que promovam melhorias concretas para a saúde da população atendida por este. As estratégias de promoção à saúde são importantes para a manutenção da saúde de uma comunidade. Os profissionais de saúde envolvidos nos programas, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), necessitam saber identificar as necessidades, estabelecer ações e consolidar projetos que atendam as demandas da comunidade a ser atendida. A formação do profissional de saúde que participa destas equipes é um fator que pode influenciar esses processos. A participação deste profissional pode ser favorecida quando existe uma boa interação entre o ensino recebido pelo profissional, conhecimentos produzidos nas áreas e a prestação de serviços à população com bases nas necessidades sociais.

As IES devem buscar proporcionar ao aluno o máximo contato da realidade com a teoria. CAMPOS FE et al (2001), alerta que o estímulo exagerado à especialização, praticado em algumas IES, acaba disponibilizando ao mercado de trabalho um

profissional que não consegue prestar um atendimento integral. Este acontecimento pode acarretar situações onde o que se observa é uma elevação dos custos assistenciais de saúde e perda de tempo dos usuários, o que acabaria por comprometer o processo de cura das patologias (BRASIL, 2005). O setor público de saúde ainda representa o maior empregador nesta área em nosso país, mas os profissionais de saúde não manifestam muito interesse por essa fatia do mercado de trabalho, como afirmado por COSTA (2007). As restrições financeiras que ocorrem na distribuição de recursos financeiros na área da saúde, as más condições de trabalho para exercerem as suas funções e falta de conhecimento sobre as políticas públicas de saúde são fatores que implicam no desinteresse por esta área como demonstram alguns profissionais (FEWEKER, 2003) e (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998). Preparar os seus acadêmicos para exercerem suas atividades nos mais variados campos de trabalho, deve ser uma das metas a serem atingidas pelas IES.

Historicamente a atuação do fisioterapeuta é entendida como reabilitadora. A mudança desta perspectiva ocorre quando novos conhecimentos sobre o processo de saúde doença são produzidos e também quando este profissional passa a integrar a equipe multidisciplinar, que atua na atenção básica a saúde. Desta forma, surgem necessidades de ações e medidas, promovidas por este profissional, que compreendam outros níveis de atenção à saúde, como por exemplo: a promoção, a prevenção e a educação em saúde. Desta maneira, o objeto de trabalho do fisioterapeuta é ampliado deixando de ser apenas a via da doença e suas sequelas, para incorporar conceitos mais amplos como a qualidade de vida. Para alcançar esta atuação em todos os níveis de saúde, faz-se necessário que o fisioterapeuta compreenda e saiba aplicar o conceito de integralidade de maneira satisfatória nas suas praticas profissionais. Assim, entende-se que é necessário investigar a compreensão e o conhecimento dos futuros profissionais da fisioterapia a respeito da incorporação do conceito de integralidade durante a sua formação e é este o objetivo principal desta pesquisa. Nesta investigação algumas questões nortearam nosso estudo: Os currículos de formação dos fisioterapeutas das IES estão adequados às

novas propostas das diretrizes curriculares? Os futuros profissionais da Fisioterapia detêm o conceito de integralidade proposto e se sentem preparados para atuar nos campos de estágio?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar a aplicação do princípio da atenção integral em saúde durante a prática de estágio dos acadêmicos do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior Federal.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar se estagiários do curso de Fisioterapia da IES conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio.
- ✓ Verificar se o conceito de saúde pública é entendido e aplicado pelos estagiários do curso de Fisioterapia da IES em suas práticas de Estágio.
- ✓ Verificar se estagiários do curso de Fisioterapia da IES conhecem os princípios constitucionais do SUS.

- ✓ Verificar se os estagiários do curso de Fisioterapia da IES compreendem o que é a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

- ✓ Identificar se os estagiários do curso de Fisioterapia da IES se reconhecem aptos a atuar profissionalmente após a conclusão da graduação.

- ✓ Ofertar uma breve capacitação aos acadêmicos que cursam o 9º e o 10º período do curso de Fisioterapia da IES, buscando uma reflexão sobre o histórico da saúde pública no Brasil, as etapas para a construção do SUS e a integralidade como eixo da reorientação da formação dos profissionais da saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para compor o quadro teórico desta pesquisa, pretendemos abordar conceitos condizentes com a temática da pesquisa. Iremos tratar sobre a jornada da Saúde Pública no Brasil, os marcos relevantes para a construção do SUS, a necessidade de adequações ao sistema de saúde vigente, as medidas interministeriais promovidas para correção da situação identificada e a estruturação da integralidade como eixo norteador de mudanças. Depois iremos discorrer sobre o histórico da fisioterapia, as mudanças no objeto de trabalho da fisioterapia e a influência das medidas interministeriais promovidas para melhorar o sistema de saúde na formação do fisioterapeuta.

3.1 Breve histórico da Saúde Pública no Brasil

A Saúde Pública no Brasil possui na sua história, momentos marcantes de reorganização, a transferência da coroa portuguesa para nosso país, permitiu que surgissem organizações institucionais pra atender a área da saúde, mais significativas do que as que existiam anteriormente a este período. Como citado em Brasil (2003) estas instituições permaneceram vigentes até meados da década de 30 e por volta da década de 40, o então Ministério da Educação e Saúde organiza o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cuja finalidade era ordenar as demandas de saúde na área de extração da borracha na Amazônia. De acordo com o levantamento realizado por Calvacanti (2011) o SESP logo se estendeu a outras regiões do país e em 1953 ocorre a Criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 e durante a década de 60 iniciou no país, um movimento social de apelo muito grande pela sua redemocratização política e acabou por influenciar novas ideias a respeito da saúde no país, criando novas perspectivas sobre este assunto.

Este movimento ficou conhecido como a reforma sanitária que avançou ao longo dos anos. No período de 1983 a 1993 é possível identificar três movimentos com repercussões importantes na configuração do setor saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS) que funcionaram de 1983 a 1987, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) que funcionaram de 1988 a 1989 e Sistema Único de Saúde (SUS) iniciado a partir de 1990 até o período atual (BRASIL, 2003).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, contou com a participação dos representantes de movimentos populares e dos delegados indicados pelos órgãos institucionais de saúde da época. Conforme Dias e Passos (2009) apud Calvacanti (2011), esta conferência marca a origem de dois processos políticos significativos para a população brasileira, o primeiro desses, no Executivo, a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), com a concentração de poder nas secretarias estaduais de saúde e início do desmonte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Este processo dava continuidade às propostas elaboradas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS); e o segundo em 1987, quando ocorre no Legislativo, a elaboração da Constituição de 1988. Na constituição federal dentre os vários assuntos abordados ocorreu também o acolhimento das obrigações do Estado brasileiro, inclusive o de assegurar saúde como direito de todos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BUSS, CARVALHO; 2009).

Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (BRASIL, 2006B). O SUS foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento

público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

O SUS está fundamentado por cinco princípios e diretrizes constitucionais: a Universalidade, em que aonde afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que ampliou a obrigação do Estado, antes limitada a determinados grupos como trabalhadores, mães e crianças; a Igualdade; fornecendo acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; o que implica a ausência de discriminação ou privilégios de qualquer natureza, fazendo com que o acesso ao serviço seja função exclusiva da necessidade do paciente; a Integralidade da Assistência, que assegura serviços preventivos e curativos e, nestes últimos, o acesso a todos os níveis de assistência e tipos de procedimentos, excluídos os supérfluos (cirurgias plásticas cosméticas, tratamentos rejuvenescedores) e de caráter não ético (esterilização, eutanásia); a Descentralização, reconhecendo a natureza local da grande maioria dos serviços de saúde e atribuindo, explicitamente, ao município a competência para a prestação de serviços de saúde com o apoio técnico e financeiro da União e do Estado; e a Participação da Comunidade, por meio dos conselhos nacional, estadual e municipal de saúde nos quais, metade de seus membros representa os usuários do SUS e a outra metade os provedores, públicos e privados (BRASIL, 2000).

A saúde agrega para si um novo significado, o de bem-estar, buscando desta maneira, romper com as desigualdades sociais, levando em conta as diferentes culturas e as formas de cuidado do ser humano. A saúde passa então a ser um direito da população garantido pela constituição federal de 1988. Os movimentos pré-constituição buscavam uma nova visão da saúde, um olhar coletivo, sobre o qual os sujeitos envolvidos participavam na tomada de decisões. Podemos observar que a situação da saúde no país está envolvida em um processo de transformação deixando de lado, o aspecto

prioritário da doença para ir de encontro a um aspecto que signifique a garantia de vida (ALBUQUERQUE, 2009).

Em Brasil (2005) ocorre o apontamento de situações pertinentes ao remodelamento do sistema de saúde público do país, observa-se que surgiram adversidades das quais não se tinham conhecimento até a implantação do SUS e em 1990 o Ministério da Saúde reconhece a existência da crise no Sistema de Saúde. Esta crise apontava para a adequação de alguns tópicos como: a oferta dos serviços de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população; efetivar a porta de entrada nos serviços de atenção básica a saúde; um reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, que compreendem ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como: anestesia, exames ultrassonográficos; fisioterapia e terapias especializadas; financiamento e orçamento do SUS, a reorientação das políticas de recursos humanos no SUS e outros (BRASIL, 2006A).

O Ministério da Saúde, por meio de estratégias de consolidação dos princípios doutrinários do SUS, com a implementação de diversos programas pretendeu dar reforço à estrutura já existente do SUS (CAMPOS FE et al., 2001). Em 1991 ações do Ministério da Saúde foram efetivadas então para superar a crise do sistema de saúde, tais como: o Decreto n.º 100, de 16/4/1991, que cria a Fundação Nacional de Saúde (FNS) através da fusão entre a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). A Funasa seria responsável por elaborar, promover e executar ações de inclusão social por meio do saneamento (BRASIL, 1991).

Neste mesmo período teve início a parceria entre o Ministério da Educação e a Fundação W. K. Kellogg® que buscou dar apoio às inovações na área da saúde, estimulando projetos denominados ProUNI. Estes projetos incentivavam a execução de uma nova possibilidade de pensar e fazer a educação dos profissionais do setor saúde, estimulando a cooperação entre a Universidade, serviços locais de saúde e organizações comunitárias (LINS, 1997).

De acordo com Brasil (2001B) no ano de 1991 ocorreu também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo objetivo era ampliar a cobertura do SUS alcançando as populações rurais e também as localizadas nas periferias urbanas, dando ênfase ao público materno-infantil e extensão dos PACS originou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi concebido para ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Através do PSF ocorre a busca pela resolução dos problemas de saúde observados na comunidade e seus trabalhos são desenvolvidos através de uma equipe multiprofissional. Desta forma, a experiência em equipe promove a interdisciplinaridade no trabalho dando oportunidade aos profissionais de conviver com a diversidade de conhecimentos e práticas, favorecendo a troca de saberes. A equipe mínima do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A área de atuação corresponde ao território onde vivem no máximo 4500 pessoas ou 1000 famílias. O observado é que após a implantação das equipes do PSF nota-se alterações em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2001B).

Percebendo o crescimento do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia da Atenção Básica no Brasil, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, em que ficava estabelecido que o PSF torna-se a estratégia

prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que possuía em seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de forma a reafirmar os princípios doutrinários do SUS, promove o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2007).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CSN), realizada no ano de 2000, reforça a implantação do SUS com a afirmativa de que a efetivação do SUS só é possível com controle social (Brasil, 2001B), e foi a primeira vez que utilizara o tema humanização na atenção a saúde. O princípio doutrinário do SUS, a integralidade, menciona aspectos muito importantes para um profissional da saúde como conhecer a concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde, a não fragmentação da assistência e as práticas do cuidado (MATTOS, 2004).

Paralelamente a estes acontecimentos no ano 2001 o Ministério da Educação, inicia ações que refletem nas mudanças da formação profissional em saúde de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2001A). Até este momento as IES ainda adotavam modelos conservadores de ensino, centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, que se submetiam cada vez mais às necessidades de equipamentos para o apoio diagnóstico e terapêutico. Desta forma, o indivíduo não era valorizado de maneira adequada durante o processo de saúde-doença. Esta mudança de pensamento já acompanhava um movimento mais antigo que solicitava a transformação do ensino da graduação na área da saúde como um todo. Um marco significativo desta transformação teve início por volta da década de 1990, com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394, promulgada em 20 de dezembro de 1996, também conhecida como Lei Darcy Ribeiro. Esta LDB da educação nacional serviram para renovar a LDB vigente, a LDB 4024/61, que era considerada obsoleta, mas apenas em 1996 o debate sobre a nova lei foi concluído (BRASIL, 1996A).

Em 2001 o Ministério da Educação lança o Plano Nacional de Educação (PNE) 2001-2011, aprovado pela Lei número 10.172 de 9 de janeiro de 2001. Neste documento estavam contidas as principais diretrizes para a reorganização da educação para o período determinado pelo mesmo. Para a educação superior na área da saúde os itens mais relevantes abordavam a renovação do ensino universitário brasileiro; a autonomia das universidades; a permanente avaliação dos currículos; ampliar o sistema interativo de Educação à Distância (EAD); a consolidação e o desenvolvimento da pós-graduação e da pesquisa das IES e a avaliação do PNE por meio de dados e análises qualitativas e quantitativas, com as informações geradas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (BRASIL, 2001A).

Neste mesmo período vários programas foram criados pelo Ministério da Educação em ação conjunta com o Ministério da Saúde. Segundo Campos Fe (2001), as políticas originadas deste diálogo foram direcionadas para modificar a formação e a distribuição geográfica dos profissionais de saúde. Surgiram então vários programas como: o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED); o programa Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) que é uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e os Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Também ocorreu neste período a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em que atuam conjuntamente os Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que direcionam o processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos com o intuito de capacitar os profissionais a atuarem segundo os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira (ANDRADE, LEMOS, DALL'AGO, 2006). Esta ação interministerial estabeleceu as propostas para a formação de um conjunto de diretrizes para orientar a formação dos

novos profissionais da saúde. São criadas então as Diretrizes Curriculares de 2001, que orientadas pelo parecer n 1.133, direcionam para o compromisso dos cursos da saúde, incluírem em seus projetos pedagógicos toda a estrutura teórica do SUS. As diretrizes curriculares, propostas aos cursos de nível superior, foram ao longo do tempo substituindo ao longo dos anos o currículo mínimo que era utilizado pelas IES (CECCIM e CARVALHO, 2006) A formação dos profissionais da saúde que anteriormente apenas agregava altos investimentos em infra-estrutura e tecnologia passava a inserir os conceitos que visam a qualidade do atendimento e a consolidação dos sistemas de saúde.

A Integralidade foi a diretriz do SUS escolhida como eixo norteador para fundamentar as políticas públicas de saúde no que se refere à formação dos profissionais de saúde, porque dentre todos os princípios do SUS, este é o único princípio indiscutivelmente finalístico, ou seja um atributo do que se espera do SUS, que ele seja capaz de fornecer atendimento ampliado às necessidades das pessoas e dos grupos populacionais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). As diretrizes curriculares também incentivavam as IES incluírem em seus currículos a valorização dos conceitos éticos, de cidadania, da epidemiologia no sentido de buscar uma formação contemporânea sempre com o intuito de atender aos referenciais nacionais e internacionais de qualidade na saúde. As diretrizes curriculares inovaram ao promover a inserção dos estudantes dessas carreiras, de maneira precoce na realidade do SUS (GONÇALVES, CARVALHO e TRELHA, 2012). O diálogo frequente, entre os ministérios é essencial para mudanças na graduação buscando sempre direcionar a formação do profissional da saúde às necessidades de saúde da população. Desta maneira, promove-se uma aproximação entre as IES e a realidade dos serviços de maneira que a produção acadêmica possa se tornar mais relevante na sociedade (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2002).

Se a integralidade torna-se uma das diretrizes fundamentais das práticas da saúde, é necessário desta maneira observar a formação dos profissionais de saúde. Percebe-se que ainda lidamos com processos de formação que, no cotidiano, têm esvaziado os princípios da integralidade (PINHEIRO et al., 2003 apud CONILL, 2004). Com o tempo foi percebido que a qualidade na assistência para os trabalhadores e usuários da saúde está diretamente relacionada à quantidade de exames realizados, medicamentos e consultas especializadas (FRANCO, MAGALHÃES JÚNIOR e MERHY, 2003). Para Fontoura e Mayer (2006), o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da integralidade deveria refletir nas suas relações com o trabalho:

A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos enfermeiros e de outros profissionais, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. A Integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (FONTOURA e MAYER, 2006, p. 533)

A integralidade como princípio doutrinário do SUS, tem por definição fornecer atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Conforme Mattos (2004), o termo integralidade envolve diferentes sentidos, o autor citado identifica três sentidos que fornecem maior esclarecimento sobre o assunto. O primeiro sentido trata da integralidade aplicada como uma resposta governamental a problemas do sistema de saúde, de forma que o sistema de saúde garanta rede assistencial universal e igualitário a todos os usuários do sistema. O segundo trata a integralidade como parâmetro de organização dos serviços de saúde, de maneira que o profissional da saúde consiga responder da maneira mais adequada com procedimentos curativos ou preventivos a demanda observada. O terceiro é a integralidade voltada para o exercício profissional, como uma capacidade de apreensão ampla e ponderada das necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Este último sentido distingue o sentido de integralidade do sentido da atenção holística (GHIZONI, ARRUDA e TESSER, 2010).

Mesmo possuindo vários sentidos Machado et al (2007), relata a falta do que seria de fato a integralidade e que isto confere a esta, aspectos positivos e negativos. NIETSCHE (2000, p. 336) citado por Machado et al (2007) descreve que: A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. A integralidade propõe um novo olhar sobre o contexto da saúde, sendo assim, a promoção da saúde não poderia ficar restrita apenas a cuidados do setor de saúde, mas da articulação integrada dos diversos setores governamentais, os quais cooperariam para formulação de novas políticas e ações que promovessem melhorias na qualidade de vida e a oferta dos serviços essenciais às pessoas (MACHADO et al., 2007).

O processo de reforma da educação superior iniciado em 2001 pretendeu disseminar um ideal de que a educação é também uma prática social e que pode dinamizar outros processos sociais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Sendo assim, a educação e saúde se firmam como bens públicos, com aspectos que permeiam os dois campos e também com aspectos próprios integrando outras dimensões da vida (RAMOS, 2009).

Em 2003 o Ministério da Saúde, elabora e põe em prática uma secretaria que atenderia às questões da formação dos trabalhadores de saúde e que objetivam integra-las a questões do trabalho em saúde, denominadas Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) (BRASIL, 2004). Esta secretaria vem cumprir a ordenação do artigo 200, INCISO III da Constituição Federal de 1988 que determina ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Para conseguir atingir estes objetivos as SEGETS formulam dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de

Gestão da Educação na Saúde (DEGES). O DEGES atua em meio às duas coordenações a coordenação geral de ações estratégicas, que é responsável pelas ações que têm como público-alvo a formação e a ordenação da formação dos profissionais de nível superior; e a coordenação geral de ações técnicas em educação na saúde, responsável pela formação e a ordenação da formação dos profissionais de nível técnico profissional. O DEGETS auxilia na elaboração de políticas que valorizem o trabalhador da saúde e o seu trabalho como: elaboração de plano de carreira, espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, a capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros. Os SEGETS em ação conjunta com o DEGES foram responsabilizados para a formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Destas ações surgiram estratégias em educação na saúde para o nível superior através de programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), Revalidação de Diplomas Médicos; Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Pró-Residência. Para o nível técnico em saúde foram propostos o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e o fortalecimento das Redes de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS) e ainda podemos acrescentar as programações que foram organizadas em ações estruturantes como o Programa Nacional Telessaúde Brasil, a Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS) e a Política de Educação Permanente (PEP) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 2003 trouxe mudanças significativas para o sistema de saúde. Os eixos temáticos de discussão foram previamente debatidos nas Conferências Estaduais de Saúde e posteriormente consolidados para serem apresentados na 12ª CNS. Os eixos temáticos foram os seguintes: A Seguridade Social e a Saúde; a Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três

Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento da Saúde; Comunicação e Informação em Saúde. Pela primeira vez as propostas oriundas das conferências estaduais foram a base das discussões da etapa nacional e acabaram por nortear as ações governamentais para a saúde no período de 2003 a 2007 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Em 2003 surge a iniciativa denominada Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde, para debater mudanças nos modelos de gestão e de atenção que no dia-a-dia são utilizados pelos usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010A). A PNH propõe os seguintes tópicos: a intervenção influencia na formação do profissional pressupondo a experimentação no cotidiano dos serviços de saúde; a rede de serviços do SUS é o local de referência para formação profissional na saúde porque favorece a troca de saberes; este intercâmbio entre os profissionais sugere disposição para levar e buscar conhecimentos e por último, a experimentação dos profissionais de saúde que indica a existência de um saber pré-existente a experiência. A PNH ressalta a importância das universidades e seus cursos de formarem cidadãos trabalhadores da saúde para que se possa construir uma nova realidade mais justa e igualitária do atendimento na saúde (BENEVIDES, PASSOS; 2005 apud BRASIL, 2010B).

A produção de conhecimento na área da saúde avança em direção a demonstrar que a produção do cuidado em saúde nos direciona para a complexidade das relações entre todos os sujeitos envolvidos, trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2010). Dessa maneira, construir um processo de formação para trabalhadores na área da saúde requer estar atento a esta complexidade e estar disponível a trabalhar com metodologias pedagógicas que promovam a interdisciplinaridade.

Vivenciar o cotidiano dos serviços de saúde é importante para o processo formativo dos profissionais de saúde. Conforme apontam os autores Ceccim e Feuerwerker, 2004:

[...] a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Mudar o modelo de assistência à saúde da população brasileira, corrigindo os seus problemas e criando alternativas que se adaptem às realidades encontradas nas redes de saúde é um dos pontos importantes para a consolidação do SUS. Para tornar esta situação uma realidade efetiva é importante que as práticas e ações dos profissionais de saúde englobem os princípios da integralidade na produção do cuidado. Um trabalho multiprofissional como o observado na Atenção Primária à Saúde (APS) sendo a base estruturante, e a Saúde da Família como estratégia prioritária pode transformar esta situação. (BRASIL, 2007; GIOVANELLA et al., 2009; MACHADO et al., 2007).

A APS pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

O trabalho em equipe observado na ESF, que estimula uma visão multiprofissional e interdisciplinar, oferta um cuidado integral e resolutivo, que vai de encontro a atender as necessidades concretas de saúde dos usuários do sistema. (CECCIM, 2004). O conceito de integralidade abarca esta ideia quando entendemos como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos, curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro (ALVES, 2005; MATTOS, 2004).

A APS foi expandida com a Norma Operacional Básica 96 (NOB-96) (BRASIL, 1997) que operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, fornecendo diretrizes para gerenciamento dos recursos financeiros do Piso da Atenção Básica (PAB), assim com deve ser a gestão dos municípios (COIMBRA et al., 2005). A partir de 2006, na chamada Reforma Estratégica do SUS e no Pacto em Defesa da Vida, esse programa passou a ser denominado por Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). Logo a ESF pretendendo ampliar o cuidado integral e a interdisciplinaridade se apoia na proposta de gestão do cuidado em equipes de referência e apoio matricial (CAMPOS, DOMITTI, 2007). O apoio matricial em saúde fornece base científica às equipes assegurando conhecimento especializado e suporte técnico-pedagógico. O volume 3 da coleção realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) denominada Para Entender a Gestão do SUS 2011 reforça a importância da integralidade promovendo a reorientação da formação dos profissionais da saúde:

No contexto da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do SUS, vivenciamos, portanto, o desafio de promover a integralidade da atenção alicerçada em práticas interdisciplinares e multiprofissionais, que têm reclamado um esforço conjunto de setores articulados, no qual se destacam: as políticas setoriais propostas em conjunto pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), como sugeridas pela política de mudança na formação dos profissionais de saúde, e os projetos interinstitucionais, como, por exemplo, o Pró-Saúde (BRASIL, 2011, p. 21).

O governo desenvolveu um sistema de informação responsável por armazenar e sistematizar os dados coletados, gerando relatórios de acompanhamento e avaliação que vão mostrar como está a situação de vida e saúde da população, de maneira que pudesse avaliar as atividades da ESF, denominado Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS. No andamento

das atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF identificaram a necessidade de agregar o conhecimento e as técnicas de outros profissionais, além da medicina e da enfermagem, para fornecer atendimento integral e de qualidade a população. Ocorre então a implementação da portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Logo em seguida em 2008 o Ministério da Saúde amplia as ações do NASF, por meio da PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 e torna possível a possível a inclusão do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde nas equipes do ESF dos municípios brasileiros. Esta inserção de novos profissionais a diferentes modalidades de equipes do NASF incorporação da proposta de Vigilância à Saúde pelos profissionais e trabalhadores que atuam na ESF e no NASF que pressupõe mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantém com outros profissionais e trabalhadores e, sobretudo, nas relações que mantém com os usuários do sistema e com a população (COIMBRA et al., 2005; BRASIL, 2009; 2010C).

Diante destes fatos fica evidenciada a indispensabilidade de mudanças e adequações durante a formação acadêmica dos profissionais de fisioterapia, com o intuito de melhorar a capacitação destes acadêmicos para futuramente atuarem no campo da Saúde Pública e mais especificamente na ESF (CAMPOS, 2001; RAGASSON et al, 2006) . O profissional da fisioterapia se torna uma peça fundamental para a conquista da assistência à saúde centrada na comunidade, com uma abordagem integral, atuando na promoção da saúde, na prevenção de doenças, trabalhando a qualidade de vida além da reabilitação (RODRIGUES, 2008; RIBEIRO RODRIGUEZ, 2011).

SILVA e DA ROS (2007) relatam ainda que apesar dos esforços existentes, a atuação do fisioterapeuta na ESF não é bem definida por ainda existir uma desarmonia entre a formação acadêmica e a prática profissional e baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em Saúde Pública por parte dos fisioterapeutas.

Torna-se importante compreender que a ESF tem objetivos comuns a todos os seus integrantes como a prestação de assistência integral, resolutiva e de qualidade às necessidades de saúde da população, executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, de forma contínua e racionalizada visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade, para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2011)

Apesar da indução governamental na inclusão do fisioterapeuta na ESF, os documentos oficiais em nada fazem alusão a qual seriam as atribuições específicas desse profissional na equipe de saúde da família (SILVA, DA ROS, 2007).

3.2 A inclusão da Fisioterapia

No século XIX os recursos fisioterapêuticos estavam inclusos na terapêutica médica e em 1884 o médico Arthur Silva participou intensamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro. Na segunda década do século XX observa-se a criação de serviços de fisioterapia sob a direção de médicos denominados médicos de reabilitação. Após a Segunda Guerra Mundial, observa-se um aumento no número de indivíduos com sequelas físicas, evidenciando a necessidade de modernização dos serviços de

fisioterapia para atender a esta demanda que necessitava se recuperar ou reabilitar e readquirir um mínimo de condições para voltar a uma atividade social integrada e produtiva. As mudanças impostas pelo novo sistema econômico acabaram por produzir novas abordagens na medicina. A atenção da saúde volta-se para o corpo como força de produção e as novas formas de tratamento em virtude do aparecimento de novas doenças relativas ao desgaste das estruturas corporais, pelas excessivas exigências do período industrial (SANCHEZ, 1984).

Em 1959, foi criado o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), e em 1964, foram criados os primeiros cursos superiores de Fisioterapia. Porém, Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação atribui ao fisioterapeuta o caráter de auxiliar médico. Somente em 1969, a profissão de fisioterapeuta foi regulamentada pelo Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, decretado pela junta militar que governava o país. O fisioterapeuta é reconhecido como profissional de nível superior e ainda diz que o objeto de trabalho do fisioterapeuta é executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Uma das limitações impostas nesta documentação oficial é quanto ao objeto de trabalho do fisioterapeuta que está constantemente descrito apenas como um profissional que está habilitado apenas para executar técnicas reabilitadoras, ou seja, deveria ocupar-se apenas com indivíduos que já estão doentes ou que já possuem alguma deformidade (DE OLIVEIRA, 2005).

Conforme Sampaio, Mancini e Fonseca (2002) citado por Ribeiro Rodriguez (2011), uma mudança no perfil de atuação do fisioterapeuta aconteceu após a década de 1980. Até este período a atuação fisioterápica estava restrita a recuperação e a reabilitação. Após a década de 1980 a fisioterapia passa por uma redefinição do seu objeto de trabalho e assimila a promoção e a prevenção da saúde da população como área da atuação. Desde este período então os cursos de formação de fisioterapeutas incluem a promoção e a prevenção em seus currículos e o Conselho Federal de Fisioterapia e

Terapia Ocupacional (COFFITO), órgão federativo que define a atuação fisioterapêutica, por meio da RESOLUÇÃO Nº. 259 de 18 DE DEZEMBRO DE 2003, agrega o desenvolvimento de ações preventivas primárias, sendo a promoção de saúde e proteção específica, ações preventivas secundárias, sendo o diagnóstico precoce e as ações preventivas terciárias compreendendo a reabilitação (COFFITO, 2003).

Contudo, existe um questionamento apontado por SILVA e DA ROS (2007) de como se posiciona a comunidade acadêmica de fisioterapeutas no que se diz respeito à definição do objeto de trabalho nesse campo quanto do direcionamento da formação profissional em diálogo com esse objeto. Estes autores apontam que existe uma divergência sobre o assunto aonde se observam que as demandas pela incorporação não são reconhecidas; a formação não é orientada; ainda se tem uma identidade em construção; e que não há nitidez da proposta de saúde coletiva para todos os envolvidos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 promoveram uma evolução para os cursos de graduação em fisioterapia. Com o apelo para a mudança de paradigma do objeto de trabalho do fisioterapeuta, que surgiu por meados dos anos 80, até então limitado a atuar em recuperação e reabilitação, no decorrer da década de 90, os fisioterapeutas passam a atuar na prevenção. Com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394 de 1996, que estabelece a autonomia para as IES elaborarem seus currículos e os cursos de fisioterapia incorporam a prevenção nas suas estruturas curriculares (BRASIL, 1996).

A nova LDB gerou uma necessidade de diálogo entre os sujeitos envolvidos nos processos de formação, para a elaboração de novas DCN para a graduação em fisioterapia, este diálogo entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação,

instituições de ensino superior – IES, coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais, ocorreu ao longo de toda década dos anos 90. (HADDAD et al; 2006). As bases dessas propostas norteadoras surgiram de documentos oriundo da Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, do Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; do Plano Nacional de Graduação do Fórum Brasileiro de Pró-Reitores de Graduação (ForGRAD) de maio de 1999; dos documentos da Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde e Rede UNIDA e instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões de saúde em nosso país (ANDRADE, LEMOS, DALL'AGO; 2006 apud HADDAD et al, 2006). É importante ressaltar a participação dos documentos da Declaração Mundial sobre Educação Superior para o Século XXI, que estimulam às instituições formadoras, criarem possibilidades de desenvolvimento de procedimentos que permitam um aprender com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais (HADDAD et al 2006).

Também constituiu objetivo das DCN a preocupação de se proporcionar aos alunos a capacidade de aprender a aprender, que envolve além do domínio teórico uma capacidade de aprender a fazer, garantindo autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde e a humanização do atendimento prestado. (FEUERWERKER, 2003). As novas DCN incentivam uma sólida formação geral, para a superação dos desafios permanentemente renovados no exercício da profissão, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa (CUTOLO, 2003). Neste novo contexto, espera-se que o egresso do curso de fisioterapia contemple uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, tornando-o capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual (HADDAD et al 2006). Para que estas habilidades e competências sejam atingidas, a matriz curricular dos cursos de graduação em fisioterapia devem contemplar conteúdos que relacionem o processo saúde-doença do

cidadão, da família e da comunidade integrados à realidade epidemiológica, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia (SILVA e DA ROS 2007). Tais conteúdos estabelecem a necessidade de estágios curriculares e atividades complementares para a formação do profissional e especificamente sobre o estágio curricular em fisioterapia as DCN determinam que os discentes vivenciem diversos níveis de atuação como: o ambulatorial, o hospitalar, o comunitário que pode ocorrer nas unidades básicas de saúde (ANDRADE, LEMOS e DALL'AGO; 2006 apud HADDAD et al 2006). A recomendação de que ocorra a integração dos cursos de fisioterapia aos serviços de saúde locais; a manutenção de convênios para fins de estágios ou outras práticas; a proporção entre o número de discentes e de docentes nas diferentes atividades a serem realizadas determinariam em conjunto a outros aspectos, a qualidade do projeto pedagógico do curso (HADDAD et al 2006). Tal responsabilidade tem definição na constituição federal de 1988 e também da Lei Orgânica da Saúde de 1990 que propõe estimular e ordenar a formação de trabalhadores em saúde através de ações conjuntas do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (CECIM, ARMANI e ROCHA, 2002).

O DEGES, afirma que a formação de profissionais com o perfil que atendam as necessidades do SUS, os cursos de saúde, precisam adequar sua abordagem pedagógica, favorecer a articulação dos conhecimentos e incentivar a atuação em equipes multiprofissionais, além de promover atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os tipos de unidades de saúde (BRASIL, 2004). Nesta perspectiva, o DEGES promoveu o Seminário Aprender SUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde em 2004, a fim de discutir a Integralidade como princípio estruturante na formação dos profissionais da área da saúde. Como resultados desse seminário surgiram estratégias para alcançarem os objetivos pretendidos, como a capacitação e a sensibilização dos docentes (COSTA, 2010). O Ministério da Saúde incentivou por meio de financiamentos de projetos de educação permanente em saúde para o SUS, tais projetos poderiam incluir diferentes linhas de apoio como: a capacitação pedagógica para docentes, preceptores, tutores e orientadores de serviço; a implantação de

laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas e aprendizagem de técnicas profissionais com características de trabalho em equipe; a aquisição de bibliografia e melhorias de infraestrutura para a diversificação dos cenários de prática (BRASIL, 2004B).

3.3 O currículo de fisioterapia proposto pela IESF

O Curso de Fisioterapia da IESF campo de nossa investigação iniciou suas atividades no ano de 2002 e está em funcionamento no campus com sede em Diamantina, MG. Na região de abrangência desta IESF, os Vales do Jequitinhonha e Mucuri e adjacências, a graduação em fisioterapia só começou a existir a partir desta data. Por ser uma região carente de profissionais da saúde, o curso de fisioterapia da UFVJM também representa uma maneira de atender a uma necessidade social da região que é formar profissionais fisioterapeutas para integrarem os serviços na área de saúde. Atualmente o curso de fisioterapia é de caráter integral, composto por 10 semestres letivos. São oferecidas 60 vagas anuais e conforme os dados lançados no site da própria instituição, o curso de fisioterapia consta com 231 alunos matriculados no ano de 2012 e já possui 263 alunos diplomados neste curso.

Os acadêmicos do curso de fisioterapia desta IES estabelecem contato com os conceitos de Saúde Pública em três momentos distintos durante a graduação. No 4º período do curso, quando é ofertada a disciplina de Saúde Coletiva, com carga horária de 60 horas/aula, cuja ementa propõe: Abordar o conceito de saúde/doença como processo biológico, sócio-cultural, econômico e político; a evolução histórica da assistência à saúde e da previdência social no Brasil; a atual política nacional de saúde; a organização do serviço municipal de saúde e a definição e efetivação dos planos de saúde governamentais e suas implicações para a prática da fisioterapia e também a estrutura e funcionamento das instituições de saúde. No 5º período é lecionada a

disciplina de Fisioterapia Preventiva, com carga horária de 45 horas/aula. Sua ementa estabelece o seguinte: definir o Conceito de Fisioterapia Preventiva. A atuação do Fisioterapeuta nos níveis de prevenção. Promoção e manutenção da saúde impedindo disfunções ou lesões. Situações de risco na escola e no ambiente domiciliar. Prevenção em atividades desportivas. Situações de risco no trabalho e no lazer. Atuação do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF), prevenção de incapacidades gerais. Durante o 10º período os acadêmicos do curso de fisioterapia cursam a disciplina de Estágio Supervisionado II com carga horaria de 360 horas/aula. Neste estágio serão desenvolvidas atividades relacionadas ao acompanhamento fisioterapêutico hospitalar nas diversas especialidades: realizando a avaliação, o atendimento e as orientações condizentes com o segmento. Discussão de casos e prática baseada em evidências. Atuação em equipe multiprofissional. Também ocorre o estágio curricular supervisionado com a temática da atuação fisioterapêutica nas áreas de assistência à saúde, no âmbito público, em UBS e domiciliar. Atuação junto à equipe multiprofissional voltada à promoção da saúde e prevenção de doenças de acordo com as diretrizes do ministério da saúde, secretaria estadual e municipal de saúde.

O Estágio Curricular Supervisionado é destinado a complementar e aprimorar os conhecimentos fisioterapêuticos adquiridos ao longo da graduação. O estágio deve propiciar a inserção gradativa do discente em situações reais de sua ação no mercado de trabalho. Como atividade curricular, o estágio compreende a síntese da relação teoria e prática e oferecendo uma oportunidade de refletir sobre a sua área de atuação com o auxílio e supervisão de um professor e/ou profissional fisioterapeuta experiente por meio de uma aprendizagem significativa. O aluno só poderá inscrever-se no Estágio Supervisionado quando cumprir todas as disciplinas teóricas obrigatórias.

O perfil esperado do egresso, conforme o projeto pedagógico do curso de fisioterapia da IES é que este profissional saiba trabalhar com autonomia e independência, deve estar capacitado a elaborar o diagnóstico funcional e o prognóstico de seus pacientes,

desenvolvendo projeto de intervenção com objetivos claramente definidos. O fisioterapeuta deve ser capaz de descrever os procedimentos administrados, induzir a ação dos recursos terapêuticos, reelaborar o projeto quando indicado e decidir pela alta fisioterapêutica quando os objetivos do tratamento forem atingidos ou for alcançada a máxima recuperação funcional do paciente. De acordo com o projeto pedagógico do Curso de fisioterapia da IES, o fisioterapeuta formado nesta instituição poderá atuar em: Hospitais, Centros de Reabilitação e de Saúde, Consultórios e Clínicas, Clubes Esportivos, Asilos, prestar atendimento domiciliar, prestar atendimento às empresas, desenvolver pesquisas, atuar nos Serviços Públicos e em Instituições de Ensino.

4. METODOLOGIA

De acordo com TEIXEIRA (2003), o método científico pode ser explicado como um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos. Ampliando este conceito CERVO e BERVIAN (1983), relatam que a metodologia científica é uma atividade voltada para a solução de problemas através do emprego de processos científicos.

HADDAD (2004) descreve que um método se caracteriza por um procedimento sistematizado, possível de ser repetido, para se conseguir alguma coisa material ou conceitual. O método científico de pesquisa também pode ser entendido como um processo para a produção do conhecimento científico e este por sua vez necessita ser objetivo.

De acordo com a caracterização de uma pesquisa científica os autores Silva (2005), estabelecem critérios de classificação atendendo aos seguintes aspectos: natureza da pesquisa, tipo de abordagem, objetivo da pesquisa e procedimentos. Dessa forma, propusemo-nos a caracterizar o presente estudo conforme estas especificações. Esta pesquisa pretende gerar conhecimentos para aplicação de problemas específicos. Esta forma é uma pesquisa aplicada. No que se refere à abordagem o presente estudo se insere em uma metodologia qualitativa com a utilização de aspectos da pesquisa quantitativa, por utilizarmos testes estatísticos para validação dos itens do instrumento de coleta de dados, sem, no entanto, nos adentrarmos nesta metodologia, portanto a pesquisa, se adequa aos parâmetros de uma metodologia qualitativa. Uma pesquisa qualitativa tem por finalidade buscar compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. RICHARDSON (1999) menciona que os estudos que empregam metodologia qualitativa podem descrever a

complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Este autor ainda afirma que pesquisas qualitativas podem contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar em maior nível de profundidade o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. SOARES (2003) reflete que o abrir mão de um pretensão rigor científico em favor do registro, o mais criterioso possível, de uma forma de ver o processo, é justificado na tentativa de que este registro facilite a captação da intimidade e possibilite a identificação dos elementos para a construção de uma teoria ou identidade de um setor na saúde.

Nesta perspectiva, os pesquisadores consideraram como objeto de estudo desta pesquisa a prática da integralidade nos atendimentos dos acadêmicos de fisioterapia da IES investigada em seus estágios em campo. Optamos por desenvolver uma metodologia de pesquisa qualitativa, utilizando-se da análise de conteúdo de Bardin (1979) por ser adequada à compreensão das concepções dos acadêmicos participantes. O desenvolvimento da pesquisa será realizado por meio de documentação direta com emprego da técnica de observação direta extensiva, com a aplicação de um instrumento de coleta de dados elaborado pelos próprios pesquisadores, que consta no apêndice A. Este estudo iniciou-se após receber um parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da respectiva IES, para garantir o consentimento dos voluntários, a confidencialidade e o anonimato das respostas.

4.1. Amostra

De acordo com Mattar (1996) para realizar a escolha do processo de amostragem, o pesquisador deve levar em conta o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos elementos da população, a disponibilidade ou não de ter os elementos da população, a

representatividade desejada ou necessária, a oportunidade apresentada pela ocorrência de fatos ou eventos, a disponibilidade de tempo, recursos financeiros e humanos. Segundo Marconi e Lakatos (1992) a amostra é considerada uma parcela conveniente que é retirada da população e pode ser considerada um subconjunto do universo a ser estudado. Gil (1999) acrescenta a definição de amostra outra característica que por esta pode-se estabelecer ou estimar as características desse universo ou população. Assim, a amostra constitui-se uma forma mais rápida e fácil de analisar características de determinadas populações.

Existem vários tipos de amostras e planos de amostragem, porém devemos diferenciar a amostragem probabilística e a não probabilística. Amostragem probabilística é aquela em que as unidades amostrais são escolhidas mediante mecanismos de sorteio, ou seja, são métodos em que a seleção dos indivíduos da população é feita de forma a que todos tenham as mesmas chances de participar da amostra. A amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra são escolhidos intencionalmente ou não conforme o julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo (MARCONI e LAKATOS, 2011).

A seleção de amostra por cotas é a forma mais usual de amostragem não probabilística. Neste caso, podemos eleger várias características da população, de acordo com o julgamento do pesquisador como: sexo, idade e tipo de trabalho (COCHRAN, 1977). Conforme Mattar (1996) existem várias razões para justificar o emprego de amostras não probabilísticas como o fato da população não estar disponível, podendo haver recusa em participar da pesquisa, a escassez dos recursos financeiros disponíveis, o comprometimento de recursos materiais e o tempo disponível.

Para realizar esta pesquisa a amostragem da população foi realizada por cotas. Foram sujeitos desta pesquisa alunos voluntários do curso de fisioterapia da IES de Diamantina e que cursavam o 9º período do curso. A amostra da pesquisa correspondeu a 1/3 do total dos alunos equivalendo a 09 voluntários. Os critérios de inclusão na pesquisa serão os seguintes: a) os voluntários que irão participar da pesquisa deverão estar devidamente matriculados na Instituição de Ensino Superior (IES); b) deverão estar em prática regular do estágio curricular obrigatório do curso; c) não corresponder a alunos que foram retidos em disciplinas teóricas, que são pré-requisito pra ingressar ao estágio, e terem sido agregados à turma de curso normal do estágio. Os critérios de exclusão dos sujeitos foram: a) acadêmicos do curso de fisioterapia que não estiverem devidamente matriculados na IES; b) acadêmicos que não estiverem em prática regular do estágio curricular obrigatório do curso e c) alunos que ficaram retidos em alguma disciplina teórica e não cursaram estágio no mesmo período que a turma de entrada na IES.

Dessa forma a amostra desta pesquisa foi composta por 09 sujeitos, sendo 02 do sexo masculino e 07 do sexo feminino. A amostra da pesquisa foi abordada em dois momentos distintos do estágio curricular. A primeira abordagem dos sujeitos ocorreu ao término das atividades do 9º período e antes que os mesmos iniciassem as atividades do 10º período de estágio do curso, correspondendo às atividades relativas ao conteúdo de saúde pública. A segunda abordagem sucedeu ao término das atividades do 10º período do curso. A média de idade dos sujeitos da pesquisa teve valor médio de 24,05 anos, e desvio padrão de $\pm 1,10$ anos. Participaram da amostra 04 sujeitos que cursavam a disciplina de estágio curricular no período matutino e 05 sujeitos que cursavam a disciplina de estágio curricular no período vespertino. Todos os sujeitos selecionados cursaram a disciplina de Saúde Coletiva no mesmo período de curso. Os sujeitos da pesquisa não apresentaram nenhuma retenção em nenhuma das disciplinas teóricas, que são pré-requisito para cursarem o estágio curricular conforme o projeto pedagógico do curso de fisioterapia da IES.

4.2. Instrumentos de pesquisa

O instrumento de coleta de dados (ICD) para esta pesquisa foi elaborado como um roteiro de perguntas estruturado no modelo de questionário. Gil (1999) define o questionário como:

Uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objetivo o conhecimento de suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. (GIL, 1999, p.124).

Para Lakatos e Marconi (1992) o instrumento de coleta de dados organizado na forma de um questionário é constituído por uma série ordenada de perguntas que devam ser respondidas por escrito, com ou sem a presença do entrevistador. O ICD desta pesquisa, caracterizado como semi-estruturado, possuía em seu conteúdo questões dissertativas e de múltipla escolha. Fez-se a opção por um este tipo de ICD porque associaria as vantagens de se fazer uma abordagem com perguntas fechadas e abertas. Conforme os relatos de Chagas (2000):

As questões abertas podem estimular a cooperação dos voluntários; cobrem pontos além das questões fechadas; têm menor poder de influência nos respondentes do que as perguntas com alternativas previamente estabelecidas, Proporcionam comentários, explicações e esclarecimentos significativos para se interpretar e analisar as perguntas com respostas fechadas. As questões fechadas apresentam como vantagens a facilidade de aplicação, processo e análise; facilidade e rapidez no ato de responder; apresentam pouca possibilidade de erros e diferentemente das questões dicotômicas, trabalham com diversas alternativas (CHAGAS, 2000, p.06)

Outro instrumento empregado durante esta pesquisa foi o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), aplicados aos sujeitos da pesquisa que foi elaborado conforme as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da IES e

encontra-se no apêndice B desta pesquisa.

4.3 Procedimentos

O método de uma pesquisa pode ser entendido como um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática. Esta pesquisa quanto ao método de abordagem da amostra se caracteriza com uma pesquisa qualitativa, que irá lidar com dados qualitativos, tais como depoimentos, análises de textos, comparações e abordagem não numéricas. Buscando alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa a metodologia condizente a ser empregada é a exploratória cujo objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema. Do ponto de vista de seus objetivos Gil (1999) diz que a pesquisa descritiva procura descrever as características de determinada população ou fenômeno observado e também o estabelecimento de relações entre variáveis. Geralmente esta metodologia faz o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário e observação sistemática.

4.3.1. Primeira etapa da pesquisa

A primeira etapa desta pesquisa compreendeu a elaboração do ICD. Esta etapa é muito importante no desenvolvimento de novas medidas, isto porque engloba o início de mecanismos para a associação de conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (WYND, 2003). O uso recorrente de questionários como método de coleta de dados nas pesquisas da área da saúde leva ao surgimento e um questionamento sobre a qualidade e fidedignidade dos instrumentos de coleta de dados (ICD) (ALEXANDRE e COLUCI 2009). Portanto a elaboração adequada de ICD deve procurar

traduzir os objetivos da pesquisa em perguntas claras e objetivas. Desta maneira, a escolha da metodologia empregada para a elaboração do ICD deve respeitar os objetivos da pesquisa pretendida. . Um ICD elaborado com a técnica de múltipla escolha possibilita um resultado tabulável e proporciona uma exploração em profundidade quase tão boa quanto a de perguntas abertas (GIL, 1999). Para realizar a elaboração do ICD o primeiro passo foi efetuar um levantamento bibliográfico. Este levantamento ocorreu no período compreendido entre novembro de 2011 a março de 2012, para a construção da fundamentação do ICD. A finalidade deste levantamento foi investigar em livros, periódicos e artigos publicados que discorressem sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. Após uma leitura exploratória e objetiva do material adquirido, as informações pertinentes à pesquisa foram ordenadas em constructos, e em seguida elaboramos os itens do ICD. O mesmo compreendeu um total de 21 itens relacionados à temática. O ICD citado esta disposto em sua versão completa no apêndice A

4.3.2. Segunda etapa da pesquisa

A segunda etapa foi submeter o projeto de pesquisa à avaliação dos membros do Comitê de Ética em Pesquisa da IES. Os avanços tecnológicos em todas as áreas da ciência, ao longo dos anos, foram se tornando cada vez maiores. Isto refletiu na bioética que, assumiu uma relevância científica e social cada dia mais importante, já que responde à necessidade de dar sentido moral às práticas científicas envolvendo seres humanos, constituindo-se também em uma ferramenta para o enfrentamento de dilemas éticos (SCHRAMM, 2002). O CEP é um órgão muito importante para as instituições de ensino e pesquisa; pois, possui dentre suas funções, a missão de proteger os participantes da pesquisa e sensibilizar os pesquisadores quanto à importância de respeitar os direitos e a integridade física, moral, psicológica e cultural dos participantes das pesquisas. Diante disso, de acordo com o Manual Operacional

para Comitês de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2006D, p.15) afirma que: “é indiscutível a importância do CEP para a realização de pesquisas éticas e cientificamente corretas e relevantes”, o que significa que este órgão possui grande relevância para a instituição que o abriga, para os pesquisadores e para os participantes da pesquisa. Desta maneira, ao garantir a proteção dos participantes e a integridade das pesquisas o CEP assume uma importância inequívoca (TAUIL; GUILHEN, 2009), a qual se expressa em todas as atividades por ele desempenhadas, inclusive a submissão de projetos de pesquisa, a qual deve ocorrer desde a graduação em todas as pesquisas que envolvam seres humanos.

Após o projeto de pesquisa receber o parecer aprovado pelo CEP da IES, demos sequência as etapas subsequentes da pesquisa. O parecer do CEP encontra-se na íntegra no Anexo A.

4.3.3. Terceira etapa da pesquisa

A terceira etapa compreendeu o processo de validação do instrumento de coleta de dados. A escolha do método de coleta de dados deve garantir ao pesquisador a produção de indicadores confiáveis. Como o objetivo de preservar a produção desses indicadores alguns atributos podem ser imputados a um ICD. Esses atributos são: validade, confiabilidade, sensibilidade e responsividade (ALEXANDRE e COLUCI 2009). As características de validade e de confiabilidade são particularmente importantes ao se escolher, desenvolver ou realizar a adaptação cultural de instrumentos que serão usados tanto em pesquisas como na prática clínica (NAKANO e SIQUEIRA, 2012). O processo de validação eleito pelos pesquisadores foi a submissão do ICD à um comitê de juízes. De acordo com Alexandre e Coluci (2009), esta forma de

validação de um instrumento pode conferir ao mesmo os atributos de validade de conteúdo e também de confiabilidade.

O comitê de juízes estabelecido para este estudo compreendeu cinco membros. Os juízes foram convidados a participar deste processo por meio de contato eletrônico via e-mail e a confirmação da sua participação ocorreu da mesma maneira. Todos os juízes eram profissionais graduados e possuíam título de especialistas. Este comitê de especialistas era composto por três fisioterapeutas, uma bacharel em letras e um assistente social. Os profissionais envolvidos possuíam conhecimento a respeito da temática pesquisada e experiência profissional mínima de um ano.

Para esta etapa da validação do ICD, elaboramos um instrumento específico a ser utilizados pelos juízes, que está no Apêndice C. O instrumento utilizado pelos juízes foi estruturado contendo uma breve apresentação dos pesquisadores, os objetivos gerais e específicos da pesquisa a qual se destinava o ICD e um parágrafo explicativo sobre os critérios a serem utilizados para a avaliação do ICD. O instrumento de coleta dos juízes foi elaborado como um questionário norteador do tipo Likert, no qual os itens do ICD seriam avaliados sobre dois aspectos: a clareza e a pertinência, conforme descrito por Alexandre e Coluci (2009). Um espaço entre os itens foi reservado para que os juízes que assim desejassem registrassem seus comentários ou anotassem suas impressões e sugestões para contribuir com a melhoria do item. (RUBIO et al., 2003 apud ALEXANDRE e COLUCI, 2009). No momento de entrega do instrumento de avaliação dos juízes, os pesquisadores esclareceram as dúvidas sobre o ICD e sobre a validação do mesmo.

Os dados obtidos foram tabulados eletronicamente com o auxílio do programa Microsoft Excel – Windows XP e analisados quantitativamente com auxílio do programa BioEstat® versão 5.0. A validade de conteúdo pode ser compreendida pela análise da

proporção em que os itens selecionados possam medir uma construção teórica que compreenda as faces importantes do conceito a ser medido (CONTANDRIOPOULOS et al, 1999). O índice de validade de conteúdo (IVC) é calculado somando-se a concordância dos itens que foram marcados por “4” ou “5” pelos juízes. Os itens que receberam pontuação “1”, “2” ou “3” devem ser revisados ou eliminados, conforme Alexandre, 2009. Neste estudo nenhum dos itens do ICD recebeu pontuação inferior a “4”. A fórmula definida para avaliar cada item individualmente foi estabelecida conforme o Quadro 01, logo a seguir:

Quadro 01– Fórmula para o calculo do índice de validade de conteúdo

$$\text{IVC} = \frac{\text{Soma das respostas "4" ou "5" do item}}{\text{Valor total de respostas ao item}}$$

Fonte: Alexandre e Coluci (2009).

Cada item foi analisado pelos juízes sob os critérios estabelecidos de clareza e de pertinência. O IVC do critério clareza apresentou o valor mínimo de 84% e o máximo de 100%, conforme os valores apresentados na Tabela 01. Quanto ao critério pertinência o valor mínimo do IVC foi 92% e o máximo de 100%, conforme os valores apresentados na Tabela 02. De acordo com o trabalho de Alexandre e Coluci (2009) quando o ICD for avaliado por um comitê com numero igual ou inferior a 06 sujeitos, na avaliação do instrumento deve haver concordância uniforme entre os mesmo para ser representativo o que aconteceu no nosso trabalho onde constatamos apenas dois tipos de respostas, concordo totalmente e concordo parcialmente atendendo a este requisito segundo o autor. Esta situação é confirmada ao verificarmos a validade de novos instrumentos, nesta mesma situação o mesmo autor recomenda que o IVC deve atingir valores de 90% ou mais conforme Miura et al, 2010. O IVC nos permite ainda avaliar o ICD como um todo. Esta avaliação é realizada calculando-se a média do IVC obtida através da

soma de todos os IVC calculados e dividindo pelo número de itens considerados na avaliação (POLIT e Beck 2008 apud MIURA et al, 2010). O ICD avaliado apresentou valores médios para o IVC de 95,8% para o critério clareza e 98,36% para o critério pertinência.

Tabela 01 – Índice de Validade de Conteúdo de cada item do ICD avaliados sob o critério de Clareza.

Item do ICD	J1	J2	J3	J4	J5	IVC
1	5	5	5	5	5	100%
2	5	5	5	4	5	96%
3	5	5	5	5	5	100%
4	5	5	5	5	5	100%
5	4	4	4	4	5	84%
6	4	4	5	5	5	92%
7	5	5	5	4	5	96%
8	5	4	5	4	5	92%
9	5	4	4	5	4	88%
10	4	5	5	5	5	96%
11	5	5	5	4	5	96%
12	5	4	5	5	5	96%
13	4	4	5	5	5	92%
14	5	5	5	5	5	100%
15	4	5	5	5	5	96%
16	5	5	4	5	5	96%
17	5	5	5	5	5	100%
18	4	5	5	5	5	96%
19	5	5	5	5	5	100%
20	5	5	4	5	5	96%
21	5	5	5	5	5	100%
Valor de Média						95,8%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 02 – Índice de Validade de Conteúdo de cada item do ICD avaliados sob o critério de Pertinência.

Item do ICD	J1	J2	J3	J4	J5	IVC
1	5	5	5	5	5	100%
2	4	5	4	5	5	92%
3	4	5	5	5	5	96%
4	5	5	5	5	5	100%
5	5	5	5	5	5	100%
6	5	5	5	5	5	100%
7	5	5	5	5	5	100%
8	5	5	5	5	5	100%
9	5	5	5	5	5	100%
10	5	5	5	5	5	100%
11	5	5	5	5	5	100%
12	5	5	5	5	5	100%
13	5	5	5	5	5	100%
14	5	5	5	5	5	100%
15	5	5	5	5	5	100%
16	5	5	5	5	5	100%
17	4	5	5	5	5	96%
18	5	5	5	5	5	100%
19	5	4	5	5	5	96%
20	4	5	4	5	5	92%
21	5	5	5	5	5	100%
Valor de Média						98,36%

Fonte: Dados da Pesquisa.

O Coeficiente de Kappa (k) também é recomendado para avaliar medidas de concordância entre avaliadores. Este nos permite verificar uma medida de associação usada para descrever ou testar o grau de concordância na classificação de diferentes juízes (PERROCA e GAIDZINSKI, 2003). Escolhemos o coeficiente Kappa (K) devido as indicações da literatura que afirmam o emprego do coeficiente Kappa para análise da dimensão teórica, (MIURA et al, 2010) e também por ser um índice útil quando

vários avaliadores categorizam cada grupo de objetos ou sujeitos em categorias nominais (ALEXANDRE e COLUCI, 2009). Os índices de concordância variam de acordo com o valor de k , como é possível observar na Tabela 03.

Tabela 03 – Nível de Concordância em relação ao valor do Coeficiente de Kappa.

Valor de kappa	Concordância
0,81 – 1	Excelente
0,61 – 0,80	Substancial
0,41 – 0,60	Moderada
0,21 – 0,40	Considerável
0 – 0,20	Ligeira
0	Pobre

Fonte: Landis e Koch, 1977.

Os dados apresentados na Tabela 04 se referem aos cruzamentos entre as classificações dos juízes para o critério de Clareza. São apresentados todos os cruzamentos, dois a dois com os respectivos coeficientes kappa, objetivando determinar a intensidade da concordância entre os juízes. Para este estudo o erro padrão da estatística K adotado foi de 5%.

Tabela 04 - Valores dos coeficientes K entre os Juízes para o critério Clareza.

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5
Juiz 1	1	0.71	0.65	0.63	0.67
Juiz 2	-	1	0.71	0.7	0.76
Juiz 3	-	-	1	0.7	0.86
Juiz 4	-	-	-	1	0.71
Juiz 5	-	-	-	-	1

Fonte: Dados da Pesquisa

O valor de K nos fornece um parâmetro do quanto as observações realizadas pelos juízes se afastam daquelas esperadas, fruto do acaso, indicando assim o quão legítimas as interpretações são. Os valores de K variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total). O critério de clareza dos itens apresentou valores de k que oscilaram entre 0,63 a 0,86 que indicam um nível de concordância que oscilou entre substancial e o excelente, conforme a determinação de Landis e Koch (1977) apresentados na Tabela 03.

Outra discussão sobre o coeficiente de Kappa relaciona-se com as diferentes prevalências num mesmo estudo. Nesta situação o teste de McNemar, pode indicar se de fato as prevalências marginais são muito diferentes, ou seja, este avalia a probabilidade de que a diferença no número de discordâncias entre os avaliadores tenha ocorrido ao acaso, assegurando uma distribuição mais homogênea (ASSIS, 2007). A validade de conteúdo do ICD pelo critério de Pertinência foi analisada por meio do teste de McNemar, para que fosse avaliado o grau de discordância entre os juízes (AYRES, 2007). Apresentamos os cruzamentos, dois a dois com os respectivos valores de p para o teste de McNemar, com o objetivo de determinar se a discordância entre os juízes. Se o valor de p obtido for maior ou igual a 0,05 indica que não há discordância significativa entre os juízes. Os valores obtidos encontram-se na Tabela 05 que se encontra a seguir.

Tabela 05- Valores de p obtidos pelo teste de McNemar para o critério Pertinência.

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5
Juiz 1	0.125	0.375	0.5	0.125	0.125
Juiz 2	-	1	1	1	1
Juiz 3	-	-	0.5	0,5	0,5
Juiz 4	-	-	-	1	0.71
Juiz 5	-	-	-	-	1

Fonte: Dados da Pesquisa

A avaliação geral do ICD contou com três itens específicos. Estes itens foram respondidos pelos juízes que pontuaram suas respostas conforme a mesma classificação para os itens do ICD, obedecendo a escala Likert onde o valor 5 correspondia a concordo totalmente e o valor 1 correspondia a discordo totalmente. O IVC desses itens especificamente apresentou valor médio de 92%, calculado de acordo com os valores apresentados na Tabela 06. Buscando identificar discordâncias entre os juízes sobre a avaliação geral do ICD, os dados foram cruzados, dois a dois e analisados por meio do teste de McNemar, para obtenção do valor de p, conforme observamos na Tabela 07.

Tabela 06 - Índice de Validade de Conteúdo para a avaliação geral do ICD. Valores descritos em percentil.

Questão	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	IVC
A	5	5	5	4	5	96%
B	5	4	4	5	5	92%
C	5	4	5	4	4	88%

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 07 – Valores de p obtidos pelo teste de McNemar para a avaliação geral do ICD.

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5
Juiz 1	-	1	1	0.5	1
Juiz 2	-	-	0.5	1	1
Juiz 3	-	-	-	1	1
Juiz 4	-	-	-	1	1
Juiz 5	-	-	-	-	1

Fonte: Dados da Pesquisa

4.3.4. Quarta etapa da pesquisa

A quarta etapa da pesquisa aconteceu quando a validação do ICD pelos juízes foi concluída. Iniciamos então uma nova etapa da pesquisa correspondente à abordagem da amostra para coleta de dados. A abordagem da amostra para coleta de dados foi realizada diretamente pela pesquisadora no próprio local de estágio da amostra, previamente autorizada pelas autoridades correspondentes, o coordenador do curso de fisioterapia da IES e o fisioterapeuta responsável técnico da clinica escola de fisioterapia da IES. Os documentos referentes a estas autorizações encontram-se nos anexos B e C.

No primeiro contato com os possíveis sujeitos da pesquisa, realizamos a exposição dos objetivos da pesquisa e os métodos que seriam utilizados. Em seguida apresentamos o TCLE aos sujeitos da pesquisa, neste momento estes poderiam sanar todas as suas dúvidas sobre a pesquisa. Cada um dos sujeitos da pesquisa recebeu uma cópia assinada pela pesquisadora, do TCLE, com os dados e contatos necessários para qualquer eventualidade.

A coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa ocorreu em dois momentos distintos. A primeira abordagem dos sujeitos ocorreu no último dia de atividades do 9º período do curso de fisioterapia, que corresponde a disciplina curricular Estágio Supervisionado I, antes que os mesmos iniciassem as atividades do 10º período de estágio do curso. No 10º período de estágio do curso os sujeitos da pesquisa cursariam a disciplina curricular Estágio Supervisionado II que desenvolve os conteúdos teórico e prático relativo à Saúde Pública. Neste estágio os alunos realizam atividades de acompanhamento fisioterapêutico hospitalar e em áreas de assistência à saúde, no âmbito público, em UBS e domiciliar. Atuação junto à equipe multiprofissional voltada à promoção da saúde

e prevenção de doenças de acordo com as diretrizes do ministério da saúde, secretaria estadual e municipal de saúde.

4.3.5. Quinta etapa da pesquisa

A quinta etapa desta pesquisa compreendeu a análise dos dados coletados. Os dados coletados através do ICD foram analisados pelo método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin em 1979. A análise de conteúdo é uma técnica apurada que solicita dedicação, rigor paciência e tempo do pesquisador, principalmente na definição das categorias para análise. (Freitas, Cunha e Moscarola, 1997). Dellagnelo e Silva (2005) apud Zouian e Vieira (2005) observaram um crescimento na utilização da análise de conteúdo nos trabalhos científicos produzidos no Brasil com abordagem qualitativa. Segundo Flick (2009) as áreas que frequentemente empregam esta metodologia de análise de dados em pesquisas qualitativas são: a administração, a psicologia, a ciência política, a educação, a publicidade e a sociologia. De acordo com o mesmo autor citado anteriormente os dados em si são apenas dados brutos que ganham sentido de acordo com uma técnica apropriada de análise.

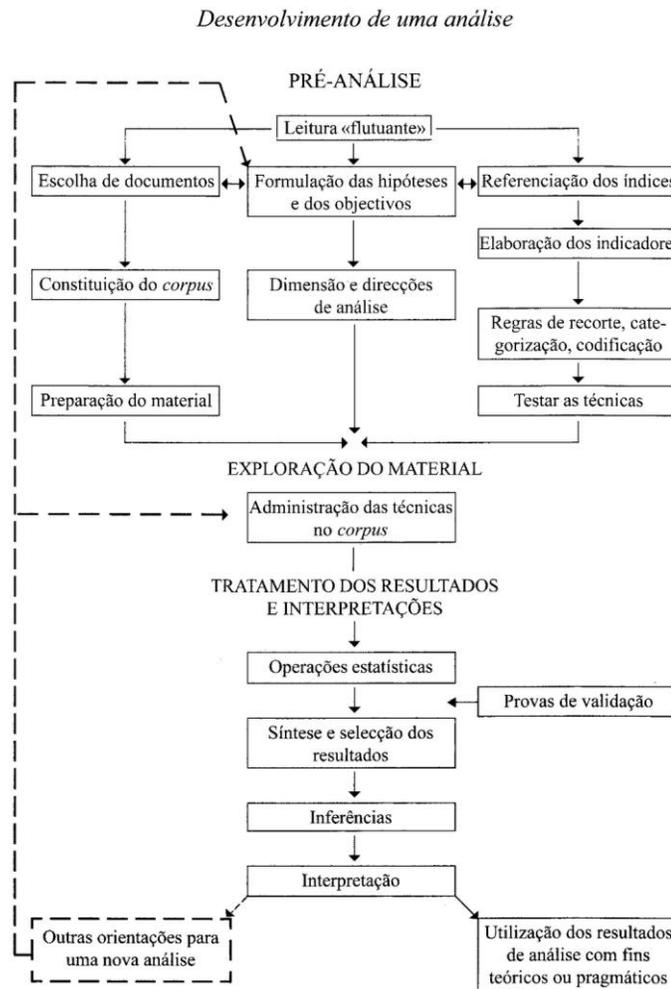
Bardin (1979) comenta a respeito da análise de conteúdo o seguinte:

A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. ... A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). (BARDIN, 1979, p.17)

A análise de conteúdo, segundo Bardin (1979), está organizada em três fases: a primeira a pré-análise do material, a segunda a exploração do material e a terceira fase o tratamento dos resultados, inferências e interpretação. A figura 01, logo a seguir,

apresenta um fluxograma expondo os procedimentos a serem realizados em cada etapa do processo de análise de conteúdo proposto por Bardin.

Figura 01 – Demonstrativo das Etapas da Análise de Conteúdo conforme Laurence Bardin.



128

Fonte: Bardin, Análise de Conteúdo, 1979.

A pré-análise tem por objetivo tornar o material operacional e sistematizar as ideias iniciais. Trata-se da organização do material realizado por meio de leitura flutuante dos documentos da coleta de dados; da escolha dos documentos que serão analisados; a formulação das hipóteses e dos objetivos; a referenciação dos índices e elaboração de indicadores. De acordo com os procedimentos descritos acima, as pesquisadoras

elaboraram uma matriz para auxiliar na análise de conteúdo do ICD, que foi organizada em duas partes, podendo ser observadas nos quadros 03 e 04, que encontram-se logo a seguir.

Quadro 02 – Matriz análise de conteúdo: parte 01

TEMA	PROBLEMA	HIPOTHESES	OBJETIVOS
Reorientação da formação dos profissionais da saúde estruturada a partir do princípio da integralidade	Os estagiários do curso de Fisioterapia da IES fundamentam seus atendimentos seguindo o princípio da integralidade?	1- Cursar a disciplina de saúde coletiva habilita os estagiários do curso de Fisioterapia da IES para praticar a integralidade durante seus atendimentos.	1- Geral Estudar a aplicação do princípio da atenção integral em saúde durante a prática de estágio dos estagiários do curso de Fisioterapia da IES
		2- Estagiar em unidades públicas de saúde proporciona aos estagiários do curso de Fisioterapia da IES um melhor aprendizado sobre o conceito da integralidade.	2- Específicos 2.1 Identificar se estagiários do curso de Fisioterapia da IES conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio. 2.2 Verificar se o conceito de saúde pública é entendido e aplicado pelos estagiários do curso de Fisioterapia da IES em suas práticas de Estágio. 2.3 Verificar se estagiários do curso de Fisioterapia da IES conhecem os princípios constitucionais do SUS. 2.4 Verificar se os estagiários do curso de Fisioterapia da IES compreendem o que é Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2.5 Identificar se os estagiários do curso de Fisioterapia da IES reconhece-se apto a atuar profissionalmente após a conclusão da graduação.
		3- Os estagiários do curso de Fisioterapia da IES possuem conhecimento de todo o campo de atuação do fisioterapeuta no SUS.	

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 03 – Matriz análise de conteúdo: parte 02

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA	INDICES	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTRO
Identificar se os acadêmicos do curso de Fisioterapia da IES conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio	Conceito de Integralidade: um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.	Organização dos serviços de saúde	BLOCO 1: Trabalho em equipe, Bom atendimento e Programas de saúde.
		Boa prática profissional	
		Respostas governamentais a problemas específicos de saúde	
Verificar se o conceito de saúde pública é entendido e aplicado pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia da IES, em suas práticas de Estágio.	Conceito de Saúde Pública: costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas "necessidades sociais de saúde".	A diversidade e especificidade dos grupos populacionais	BLOCO 2: Conhecer a comunidade, Conhecer as pessoas da comunidade e Conhecer a realidade comunitária.
		As individualidades do processo saúde-doença	
		Necessidades sociais de saúde	
Verificar se os acadêmicos do curso de Fisioterapia da IES, conhecem os princípios constitucionais do SUS.	Princípios Doutrinários do SUS: princípios que orientam e organizam as ações do SUS.	Integralidade	BLOCO 3: Acesso ao Sistema, Oferecido a todos, Justiça, Igualdade, Participação do Governo, Participação Estadual, Participação do Município, Participação dos Cidadãos e Participação das Pessoas.
		Universalidade	
		Equidade	
		Descentralização	
		Participação popular	

Verificar se os acadêmicos do curso de Fisioterapia da IES conhecem a ESF e o NASF.	ESF: a porta de entrada prioritária de um S. saúde constitucionalmente fundamentado do direito à saúde e na equidade do cuidado. O NASF: Apoia a inserção da ESF rede de serviços e amplia a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS.	Ação interdisciplinar e intersetorial;	BLOCO 4: Equipe Multidisciplinar, Capacitação Profissional, Participar de Cursos, Identificação da Localidade, Identificação da Região, Conscientização da população, Direitos, Benefícios, Acolhimento, Educação e Prevenção
		Educação permanente em saúde dos profissionais	
		Desenvolvimento da noção de território	
		Integralidade, participação, social, educação popular	
		Promoção da saúde e humanização	
Sobre a Formação Profissional	Formação Profissional : conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão.	Conclusão graduação	BLOCO 5: Estar apto, sentir-se pronto, Diversos ambientes profissionais, habilidades, competências e conhecimentos.
		Campos de atuação	
		Capacitação para atuar no SUS	

Fonte: Dados da Pesquisa

A exploração do material constitui a segunda fase, com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 1979). Os critérios de escolha e de delimitação das categorias são determinados pelos temas relacionados aos objetos de pesquisa e identificados nos discursos dos sujeitos pesquisados (BARDIN apud VALENTIM, 2005). O quadro 04 apresenta as determinações desta etapa aplicadas à pesquisa.

Quadro 04 – Regras de Recorte, Categorização e Codificação

	Escolha das Unidade de Contexto	Seleção de regras de contagem	A escolha de categorias
BLOCO 1	Atendimento de qualidade, não sei e humanização do atendimento.	Enumeração por Frequência	<p>Exclusão mútua: cada elemento só pode existir em uma categoria;</p> <p>Homogeneidade: é preciso haver só uma dimensão na análise.</p> <p>Pertinência: as categorias dizem respeito aos objetivos da pesquisa às questões norteadoras.</p>
BLOCO 2	Ampliar a formação profissional, amparo a população, conhecer a população alvo, entender o SUS, compreender a atenção básica.		
BLOCO 3	Bem elaborado teoricamente, Falhas na prática dos conceitos, Problemas administrativos, Percepção da ampliação da área de atuação, Maior reconhecimento profissional e Melhorar a assistência.		
BLOCO 4	Área em expansão, Limitações de atuação, Assistência individual e coletiva e Atenção Primária à saúde.		
BLOCO 5	Ter boa preparação, Falhas na disciplina de saúde coletiva e Não estar preparado.		

Fonte: Dados da Pesquisa

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação nela a condensação e o destaque das informações para análise.

Flick (2009) salienta que o pesquisador é o principal instrumento na pesquisa qualitativa, isto é ressaltado, como afirma Flick (2009, p. 276), “a interpretação de dados

é a essência da pesquisa qualitativa, embora sua importância seja vista de forma diferenciada nas diversas abordagens”.

4.3.6. Sexta etapa da pesquisa

O desenvolvimento da sexta etapa da pesquisa ocorreu de acordo com os resultados obtidos com a coleta de dados, porque existiu a hipótese de não haver necessidade de intervenção das pesquisadoras. As pesquisadoras acreditam que, uma capacitação efetuada por meio de palestra, cujo caráter do mesmo será informativo e reflexivo, sobre as diretrizes básicas das políticas de saúde que compõem o SUS; o princípio da integralidade no atendimento em saúde e as metodologias que podem ser empregadas para promoção da saúde, contribuiriam para uma reflexão na formação dos sujeitos sobre as práticas do fisioterapeuta e a sua intervenção na sociedade.

As pesquisadoras estão cientes de que apenas estas medidas não são, por si só, suficientes para produzir modificações sobre as concepções dos sujeitos. Aguardamos que esta intervenção tenha sido mais uma oportunidade proporcionada aos sujeitos para expressarem e compartilharem suas concepções sobre os tópicos abordados durante a coleta de dados. A capacitação foi ofertada a todos os acadêmicos em estágio do curso de fisioterapia da IES, período equivalente ao 9º e o 10º período do curso, independente das suas participações como voluntários desta pesquisa.

O tempo para realização desta etapa foi no máximo 2 horas, estruturado em uma apresentação expositiva do assunto e posterior debate dos tópicos. Para realizar esta capacitação as pesquisadoras iriam utilizar a sala de aula destinada ao programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Ensino em Saúde, localizada no pavilhão de salas do campus JK da UFVJM situada na rodovia MGT 367 – Km 583, Nº 5000, bairro

Alto da Jacuba em Diamantina/MG. A sala será cedida em empréstimo, já autorizado pela coordenação do programa conforme o Anexo B.

4.4 Aspectos Éticos

No que se refere aos aspectos éticos, esta pesquisa seguiu as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Foram ainda garantidos aos cidadãos envolvidos na pesquisa todos os direitos citados no TCLE, sendo estes:

- Que todas as informações seriam prestadas aos sujeitos, a qualquer momento no decorrer da pesquisa;
- A qualquer tempo, os sujeitos poderiam solicitar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa às pessoas responsáveis pela mesma;
- Sigilo sobre nomes, local de trabalho e quaisquer outras informações que pudessem levar à sua identificação pessoal e da sua família;
- Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais a sua integridade física, moral e social.
- Opção de solicitar que determinadas declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa;

Como já mencionado o TCLE foi apresentado em duas vias. Uma via, assinada pelos pesquisadores, permaneceu com o sujeito da pesquisa. Os pesquisadores manterão retidas uma cópia de cada TCLE preenchido pelos sujeitos da pesquisa, por um período

de 05 (cinco) anos. Ao encerramento deste prazo os TCLE serão incinerados pelas pesquisadoras.

4.4.1. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa poderia ser suspensa ou encerrada no caso de não houvesse acadêmicos do curso de fisioterapia da IES que se enquadrassem nos critérios de inclusão ou exclusão da pesquisa.

4.4.2. Propriedade de informações

As informações obtidas pela pesquisa constituirão propriedade da coordenadora deste projeto, a discente do Programa Stricto Sensu Ensino em Saúde, a aluna Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa, a qual possuirá o direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em eventos e/ou periódicos científicos. Os trabalhos elaborados e/ou publicados oriundos dos dados desta pesquisa sempre mencionarão o nome da instituição vinculada à pesquisadora. Os dados obtidos durante as coletas foram utilizados especificamente para esta pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos pelos seguintes meios:

- Elaboração da dissertação de uma da pesquisadora junto a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da IES que a pesquisadora possui vínculo.
- Encaminhamento para revistas científicas na modalidade de artigo científico para publicação;

4.4.3. Declaração de tornar públicos os resultados

Os autores do projeto declararam que os resultados serão divulgados e tornados públicos, quaisquer que forem os direcionamentos, independente da expectativa dos pesquisadores durante a elaboração do projeto.

4.4.4. Análise crítica de riscos e benefícios

O risco oferecido aos sujeitos da pesquisa foi mínimo, porém, para evitar situações que gerassem algum tipo de constrangimento durante a coleta de dados, os professores supervisores de estágio permaneceram em ambiente separado dos sujeitos da pesquisa. Para evitar a identificação dos sujeitos, as pesquisadoras realizaram a identificação destes por meio de siglas, com letras e números, preservando a identidade e o sigilo de suas informações. As informações fornecidas pelos sujeitos permaneceram em todo tempo sob a guarda das pesquisadoras. Os dados obtidos durante as coletas serão utilizados especificamente para esta pesquisa.

Como benefício, as pesquisadoras propuseram aos sujeitos da pesquisa uma breve capacitação, de acordo com a sexta etapa desta pesquisa, com o objetivo de proporcionar aos sujeitos uma oportunidade de debater sobre os temas abordados nesta pesquisa. Os temas abordados serão: as diretrizes básicas das políticas de saúde que compõem o SUS; o princípio da integralidade no atendimento em saúde e as metodologias que podem ser empregadas para promoção da saúde. Os voluntários desta pesquisa poderão participar independente da etapa da pesquisa a qual tenha participado ou da desistência da mesma.

5. RESULTADOS

5.1 Análise dos Itens fechados do ICD

Observando as respostas da primeira coleta para os itens fechados por meio de um quadro construído com as mesmas, conseguimos observar a existência de similaridade nas escolhas realizadas pelos sujeitos da pesquisa. Este aspecto evidencia-se quando notamos uma homogeneidade nas alternativas assinaladas pelos sujeitos da pesquisa, para cada item do instrumento de coleta observado. Encontramos uma semelhança nas opções realizadas pelos sujeitos da pesquisa para cada item, com os conceitos curriculares consultados para a elaboração da pesquisa para cada item correspondente. Os Itens fechados do instrumento de coleta foram elaborados por meio da escala Likert com cinco opções de alternativas, em que o número cinco correspondeu a concordo totalmente e o número um correspondeu a discordo totalmente. As alternativas que seriam mais apropriadas para os itens, de acordo com o levantamento para elaboração de cada item é o número cinco, indicando que o sujeito da pesquisa concorda totalmente com o item do instrumento de coleta. Entretanto, dois itens exibiram padrão de resposta que não ocorreu da maneira mencionada. O item número 04, que afirmou o seguinte: o atendimento à saúde, baseado no princípio da integralidade, no nosso país, somente é praticado no sistema de saúde pública vigente, o SUS. Este item recebeu dos sujeitos da pesquisa uma prevalência de alternativas díspar dos outros itens. A maioria dos sujeitos da pesquisa, correspondente a 55,5%, fizeram a opção por assinalar as alternativas de número 2 e 1 que significavam respectivamente: discordo parcialmente e discordo totalmente. Apenas um sujeito da pesquisa registrou a alternativa que determinava neutralidade da sua opinião para o assunto questionado, o número 3, significando não concordo nem discordo. O outro item que de igual forma, abandonou o padrão de respostas foi o item número 06, que trazia a seguinte afirmação: os serviços privados de saúde estão habilitados a fornecer aos seus usuários atendimentos baseados no princípio da integralidade. Este item apresentou uma predominância de alternativas assinaladas concordo parcialmente, equivalente ao número 4, correspondendo a 66,6% dos sujeitos. Esta opção de

resposta dos sujeitos, não correspondia aos conceitos curriculares consultados para a elaboração da pesquisa, entretanto, as alternativas marcadas, conferiram um modelo de uniformidade a este item.

Na segunda coleta, quando os sujeitos cursavam o 10º período, notamos que existe um padrão de resposta aos itens que demonstram um grau maior de uniformidade nas alternativas assinaladas pelos sujeitos da pesquisa do que o observado na primeira coleta, quando os sujeitos cursavam o 9º período. Conseguimos observar que a similaridade entre as respostas fornecidas pelos sujeitos da pesquisa e a resposta presumida, conforme os conceitos consultados para a elaboração do ICD permaneceu elevada nos itens fechados do instrumento. Nesta segunda coleta de dados o item 04 do ICD apresentou um comportamento distinto da primeira coleta. Conseguimos considerar duas vertentes distintas de respostas escolhidas pelos sujeitos da pesquisa, em uma delas notamos que 55% dos sujeitos estavam em concordância com o item e 45% estavam em discordância com o item. O comportamento das alternativas assinaladas pelos sujeitos ao item 06 na segunda coleta ocorreu de forma mais assertiva com os conceitos pesquisados. Notamos que 66,6% dos sujeitos assinalaram estar em concordância com este item.

Comparando-se os resultados observados na primeira e na segunda coleta de dados dos itens fechados, se colocados de maneira sobrepostas, um quadro geral das alternativas assinaladas pelos voluntários, na primeira e na segunda coleta, averiguamos que o modelo de respostas recebidas por cada item, tanto na primeira, como na segunda coleta mantiveram-se bastante semelhantes. Podemos comprovar isto ao analisarmos os scores produzidos tanto na primeira como na segunda coleta, conforme a tabela 08. Contudo na segunda coleta, verificando o perfil das respostas observadas aos itens nota-se que as opções assinaladas estão mais apropriadas aos conceitos norteadores de cada item, atendendo dessa forma ao panorama esperado pelas pesquisadoras, como pode ser observado ao analisar separadamente o

comportamento de cada item do instrumento de coleta. Considerando o modelo de respostas gerado por cada voluntário, reconhecemos que a maioria dos mesmos, apresentou um padrão de respostas muito similar, tanto na primeira como na segunda coleta de dados.

Tabela 08 - Scores dos Itens Fechados do ICD na Primeira e Segunda Coleta

Coleta	Média dos Scores dos sujeitos
Primeira Coleta	37.77777778
Segunda Coleta	39.33333333

Fonte: Dados da Pesquisa

5.2 Análise dos Itens abertos do instrumento

Conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979), realizamos a observação e análise dos itens que discutiam sobre as habilidades dos sujeitos da pesquisa em conseguirem correlacionar os conceitos de integralidade adquiridos durante as disciplinas da graduação e adequá-las às suas práticas acadêmicas vivenciadas durante o período de estágio curricular obrigatório.

Podemos dizer que, na análise dos itens projetados em escala Likert para averiguar a assimilação dos conceitos que tratavam da integralidade, notamos um melhor desempenho dos sujeitos da pesquisa no segundo momento de coleta em comparação com a primeira coleta realizada. Para elaborar os itens abertos do ICD, tomamos como

referência os Cadernos de Atenção Básica, produzidos pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Este material produzido contribui no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, são oferecidos gratuitamente como fonte de informação e auxiliam na correta implementação do modelo assistencial de atenção básica (BRASIL, 2009). É um importante instrumento de valorização das práticas de saúde.

Os itens averiguados a seguir foram elaborados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde de 2007 sobre a Atenção Primária e Promoção da Saúde, serviram para elaborar os itens: Item 02- A integralidade como prática de atuação deve levar em conta as necessidades de saúde individuais ou coletivas (de um grupo) mesmo que estas necessidades não sejam iguais às da maioria; Item 04 - O atendimento à saúde, baseado no princípio da integralidade, no nosso país, somente é praticado no sistema de saúde pública vigente, o SUS; Item 06 - Os serviços privados de saúde estão habilitados a fornecer aos seus usuários atendimentos baseados no princípio da integralidade; Item 07 - O fisioterapeuta no setor privado, prestando atendimentos particulares e a convênios, é capaz de realizar seus atendimentos baseando-se no princípio da integralidade; Item 08- O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde capaz de prestar atendimento integral à saúde de seus pacientes e Item 09- Um atendimento integral á saúde do paciente somente é possível de ser praticado quando existe a atuação de uma equipe multidisciplinar. As frequências e seus respectivos scores estão transcritos na Tabela 09, logo abaixo.

Tabela 09 - Frequência, Scores e Média dos Dados da Primeira e Segunda Coletas para os Itens 2, 4, 5, 7, 8 e 9 do ICD

Primeira Coleta de dados								Segunda Coleta de dados							
Sujeitos	2	4	6	7	8	9	Score	Sujeitos	2	4	6	7	8	9	Score
S ₁	5	4	4	4	5	4	26	S ₁	5	4	5	4	5	4	27
S ₂	5	2	4	5	5	3	24	S ₂	5	2	3	5	5	5	25

S ₃	5	1	4	5	5	5	25	S ₃	5	5	4	5	5	5	29
S ₄	5	1	4	5	5	5	25	S ₄	5	4	4	4	5	4	26
S ₅	1	5	4	4	5	4	23	S ₅	5	5	2	4	5	4	25
S ₆	5	4	2	4	5	4	24	S ₆	5	5	2	4	5	5	26
S ₇	5	1	5	5	4	1	21	S ₇	4	1	4	5	5	1	20
S ₈	5	3	1	5	3	5	22	S ₈	5	3	4	5	5	4	26
S ₉	4	2	4	5	4	5	24	S ₉	5	1	4	5	5	4	24
Média							23.8	Média							25.3

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados da tabela acima, com auxílio do programa de estatística BioEstat foram normalizados e analisados estatisticamente por meio do Teste T pareado e o resultado obtido foi um valor de p menor que 0,05 que significa que os dados da segunda coleta apresentam uma diferença estatística significativa em relação à primeira. Estes dados reforçam a análise do item 19 que indagou os sujeitos da pesquisa o seguinte: Para realizar um atendimento integral à saúde dos seus pacientes, quais técnicas você emprega? Para analisar este item foram definidas três unidades de registro: atendimento de qualidade, humanização do atendimento e não sei. A frequência destas unidades de registro ficou da seguinte maneira conforme a Tabela 10 abaixo:

Tabela 10 - Frequência das unidades de registro para o Item 19

Item 19 - Para realizar um atendimento integral à saúde dos seus pacientes, quais técnicas você emprega?

Unidades de Registro	Atendimento de qualidade	Humanização do atendimento	Não sei
Frequência na 1ª coleta	3	4	2
Frequência na 2ª coleta	3	6	0

Fonte: Dados da Pesquisa

Nota-se uma mudança significativa nas frequências das unidades de registro que referenciavam a integralidade do atendimento. Na segunda coleta, cujo intervalo compreendeu o período de curso do estágio curricular observamos que a unidade de

registro humanização do atendimento apresentou um aumento significativo na sua frequência. Em contra partida a unidade de registro “não sei” durante a segunda coleta de dados não apresentou frequência alguma.

Para uma melhor compreensão do conceito da integralidade e sua aplicação na prática do exercício profissional se fazem necessários que além dos conceitos diretamente envolvidos no conteúdo sejam aprendidos, inclusive, outros conceitos como, por exemplo, o entendimento do sistema público de saúde, que se faz de igual modo importante. Para analisar este aspecto, a melhora do entendimento do conceito da integralidade é influenciada por um melhor entendimento do que é o SUS, como aborda o item 15 do ICD que solicita ao sujeito da pesquisa: Fale a respeito da sua visão sobre o SUS e o item 20 que menciona o seguinte: Qual a sua percepção sobre a assistência fisioterapêutica no SUS hoje e para o futuro? Primeiramente observamos uma frequência aumentada na unidade de registro correspondente ao entendimento do sistema, mas a unidade de registro que se aproxima do dia-a-dia do usuário do sistema apresenta uma frequência elevada quanto a falhas na execução prática e problemas administrativos do sistema.

Analisando o item 20 conseguimos observar que existe uma mudança significativa na forma com os sujeitos da pesquisa compreendem a assistência fisioterapêutica no SUS. Na primeira coleta os sujeitos indicam uma necessidade de percepção de ampliar a área de atuação do fisioterapeuta, expressando que o SUS seria um direcionamento recente de atuação da fisioterapia. Na segunda coleta os sujeitos da pesquisa em maioria direcionam-se para uma necessidade de melhorar a assistência, referindo-se a ampliação do quadro de funcionários e atendimentos prestados. Estes dados podem ser observados na Tabela 11, que se encontra logo a seguir.

Tabela 11 - Frequência das unidades de registro para os Itens 15 e 20.

15 - Fale a respeito da sua visão sobre o SUS			
Unidades de Registro	Bem elaborado teoricamente	Falhas na prática dos conceitos	Problemas administrativos
Frequência na 1 coleta	6	5	5
Frequência na 2 coleta	8	6	6

20 - Qual a sua percepção sobre a assistência fisioterapêutica no SUS hoje e para o futuro?			
Unidades de Registro	Percepção da ampliação da área de atuação	Maior reconhecimento	Melhorar a assistência
Frequência na 1 coleta	4	2	3
Frequência na 2 coleta	2	3	4

Fonte: Dados da Pesquisa

O entendimento do conceito de Saúde Coletiva, ou Saúde Pública, é de grande importância para os profissionais da saúde. Portanto verificamos se o conceito de Saúde Pública é entendido pelos sujeitos da pesquisa. Os itens do instrumento de coleta utilizados para realizar esta verificação foram: item 11 - Você considera a disciplina de saúde coletiva ou saúde pública, importante para a formação profissional do fisioterapeuta, item 12 - Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior e item 17 - O que você considera importante para a capacitação do fisioterapeuta que irá trabalhar no SUS, a respeito das habilidades e competências necessárias para sua atuação. A análise de conteúdo destes itens permitiu a realização das Tabelas 12 e 13, respectivamente como apresentadas a seguir.

Tabela 12 - Frequência das unidades de registro para os Itens 11 e 12

TEM	11- Você considera a disciplina de saúde coletiva ou saúde pública, importante para a formação profissional do fisioterapeuta.		12- Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior.	
Unidades de Registro	Concorda Totalmente	Concorda Parcialmente	Ampliar a formação profissional	Amparo a População
Frequência na 1ª coleta	8	1	6	3
Frequência na 2ª coleta	8	1	7	2

Fonte: Dados da Pesquisa

A observação dos resultados destes itens nos permite dizer que existe uma concordância nas respostas coletadas tanto na primeira como na segunda coleta. De acordo com a frequência das unidades de registro para o item 11 e 12, os sujeitos da pesquisa concordam que a disciplina de saúde coletiva proporciona uma ampliação do campo de atuação do fisioterapeuta que passa a compreender melhor o sistema público de saúde do nosso país e a entender a demanda social na qual estiver inserido. Isto é fundamentado quando notamos que na segunda coleta do item 12 os sujeitos da pesquisa redigem os seus textos apoiados em uma maior quantidade de termos técnicos referente ao assunto o que indicaria um conhecimento mais apurado sobre o mesmo. O item 17 apoia a ideia referida anteriormente. Neste item constata-se que, os sujeitos da pesquisa apontam para necessidades específicas para responder a pergunta do item, e relatam a necessidade de um conteúdo teórico e prático dos conceitos envolvidos como fator contribuinte na capacitação do profissional para atender a demanda apontada, conforme os dados obtidos na segunda coleta de dados.

Tabela 13 - Frequência das unidades de registro para o Item 17

ITEM	17 - O que você considera importante para a capacitação do fisioterapeuta que irá trabalhar no SUS, a respeito das habilidades e competências necessárias para sua atuação?		
	Unidades de Registro	Conhecer a população alvo	Entender o SUS
Frequência na 1ª coleta	3	4	2
Frequência na 2ª coleta	3	3	3

Fonte: Dados da Pesquisa

Por meio dos itens 01, 03, 16 e 18 do ICD procuramos examinar se os sujeitos da pesquisa compreendiam a atuação do fisioterapeuta no SUS, mas especificamente a atuação do fisioterapeuta na ESF e no NASF. Os conceitos propostos nestes itens foram elaborados em concordância com o Caderno de Atenção Básica que traz as Diretrizes do NASF. Os itens continham os seguintes enunciados: item 1 - o fisioterapeuta que atua no NASF contribui no desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF e o item 3 - o NASF deve estabelecer a integralidade do cuidado físico e mental para o usuário do SUS. Os sujeitos da pesquisa, em maioria, equivalente a 77%, concordaram totalmente com o enunciado destes dois itens. Mas os itens 16 que mencionava: Qual é a sua visão sobre a assistência fisioterapêutica no SUS; e o item 18 que continha a seguinte questão: Como você explicaria a atuação do fisioterapeuta que trabalha na ESF, categorizados dentro do mesmo índice, conduziram a complementações significativas. As unidades de registro que apresentaram maior frequência, para o item 18, estabelece uma relação complementar com as alternativas dos itens 1 e 3, como podemos observar na Tabela 14 a seguir .

Tabela 14 - Frequência das Unidades de Registro para os Itens 01, 03, 16 e 18

ITEM	1 - O fisioterapeuta que atua no NASF contribui no desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF .		3- O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) deve estabelecer a integralidade do cuidado físico e mental para o usuário do SUS.		16- Qual é a sua visão sobre a assistência fisioterapêutica no SUS?		18 - Como você explicaria a atuação do fisioterapeuta que trabalha na ESF (Estratégia de Saúde da Família)?	
	Concorda Totalmente	Concorda Parcialmente	Concorda Totalmente	Concorda Parcialmente	Área em expansão	Limitações de atuação	Assistência individual e coletiva	Atenção Primária à saúde
Frequência na 1 coleta	8	1	8	1	5	4	7	2
Frequência na 2 coleta	9	0	6	3	0	9	1	8

Fonte: Dados da Pesquisa

Entretanto a frequência dominante da unidade de registro “limitações de atuação” no item 16 na segunda coleta retrata a modificação da visão dos sujeitos da pesquisa após cursarem o estágio curricular nesta área. Na primeira coleta os sujeitos da pesquisa indicam na maioria para uma assistência fisioterapêutica de nível terciário, se pautando na necessidade de expandir essa rede assistencial. Na segunda coleta os sujeitos da pesquisa relatam situações que envolvem conhecimento mais específico sobre o assunto quando indicam em seus relatos a irregularidade do exercício profissional da fisioterapia nas equipes de saúde da família, a dificuldade que os profissionais enfrentam para prestar um bom atendimento, e ainda existe o relato de desmotivação e falta de valorização do profissional de fisioterapia no SUS.

Pretendendo levantar informações a respeito da visão dos sujeitos da pesquisa quando se tornarem egressos da instituição, elaboramos os itens 5, 10, 13 e 14 do ICD. O item 5 e 13 elaborados em escala Likert, continham em seu enunciado a seguinte afirmação: 5 - Ao concluir o curso de graduação estarei apto a proporcionar atendimento fisioterapêutico em diferentes cenários e níveis de atenção à saúde, 13 - Ao finalizar o meu curso de graduação sinto-me preparado para atuar nos serviços públicos de saúde e ser referindo a alternativa assinalada no item 13 o item 14 mencionava: Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior. O perfil das alternativas assinaladas pelos sujeitos da pesquisa, não sofreu alteração estatisticamente significativa ao analisarmos a primeira e a segunda coleta, para os itens 5 e 13. Notamos que os sujeitos da pesquisa ao se colocarem diante de uma situação de enfrentamento e determinarem a sua posição percebem-se em maioria parcialmente preparados para atuarem nos serviços públicos de saúde após a conclusão da graduação, como é observado a seguir na Tabela 15.

Tabela 15 - Frequência das Unidades de Registro para os itens 5 e 13.

5- Ao concluir o curso de graduação estarei apto a proporcionar atendimento fisioterapêutico em diferentes cenários e níveis de atenção à saúde.					
Unidade de Registro	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Frequência na 1 coleta	6	2	0	0	1
Frequência na 2 coleta	6	3	0	0	0

13- Ao finalizar o meu curso de graduação sinto-me preparado para atuar nos serviços públicos de saúde.					
Unidade de Registro	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente

Frequência na 1 coleta	1	6	1	1	0
Frequência na 2 coleta	1	6	1	1	0

Fonte: Dados da Pesquisa

Em seus comentários apresentados no item 14, os sujeitos da pesquisa amparam suas justificativas de escolha apontando relatos de falhas na disciplina de saúde coletiva. Esta situação é bastante frequente na primeira coleta. Na segunda coleta podemos perceber que os sujeitos da pesquisa mantêm a afirmação de sentirem-se parcialmente preparados, mas a justificativa para esta situação não se fundamenta de modo igual à primeira coleta, podemos constatar isto na observação da frequência das unidades de registro como apresenta a Tabelas 16.

Tabela 16 – Frequência das Unidades de Registro ao Item 14.

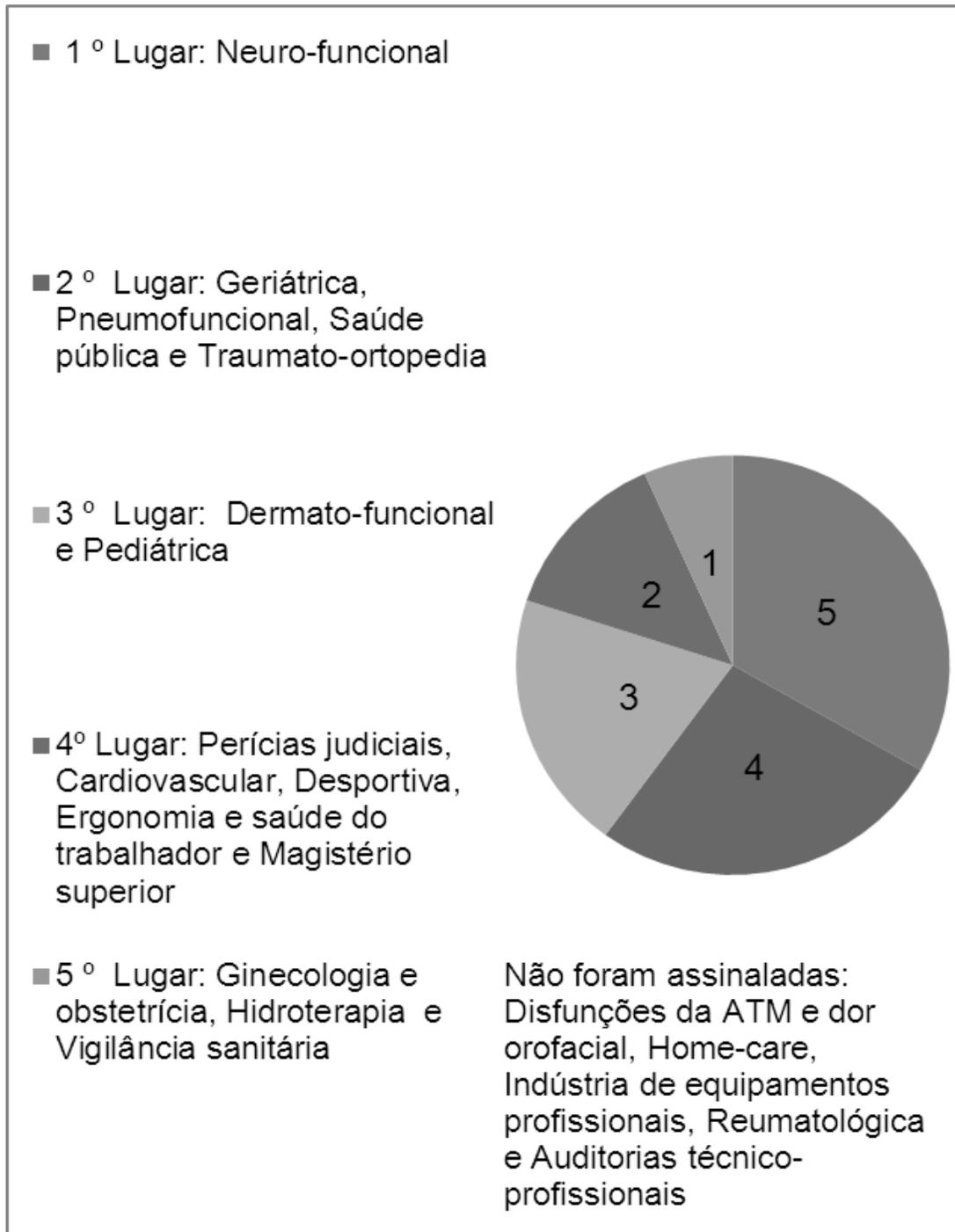
Unidades de Registro	Ter recebido uma boa preparação	Falhas na disciplina de saúde coletiva	Não estar preparado
Frequência na 1 coleta	1	7	1
Frequência na 2 coleta	4	3	1

Fonte: Dados da Pesquisa

Com o intuito de complementar o levantamento das informações colhidas dos sujeitos a respeito de como entendiam a sua situação futura como egressos da instituição, o item 10 do ICD solicitou que os sujeitos selecionassem 05 campos de atuação da fisioterapia que gostariam de atuar após completar a sua graduação. O instrumento de coleta ofereceu vinte campos de atuação disponíveis e regulamentados pelo COFFITO, para a atuação do fisioterapeuta, de maneira que os sujeitos realizassem suas opções

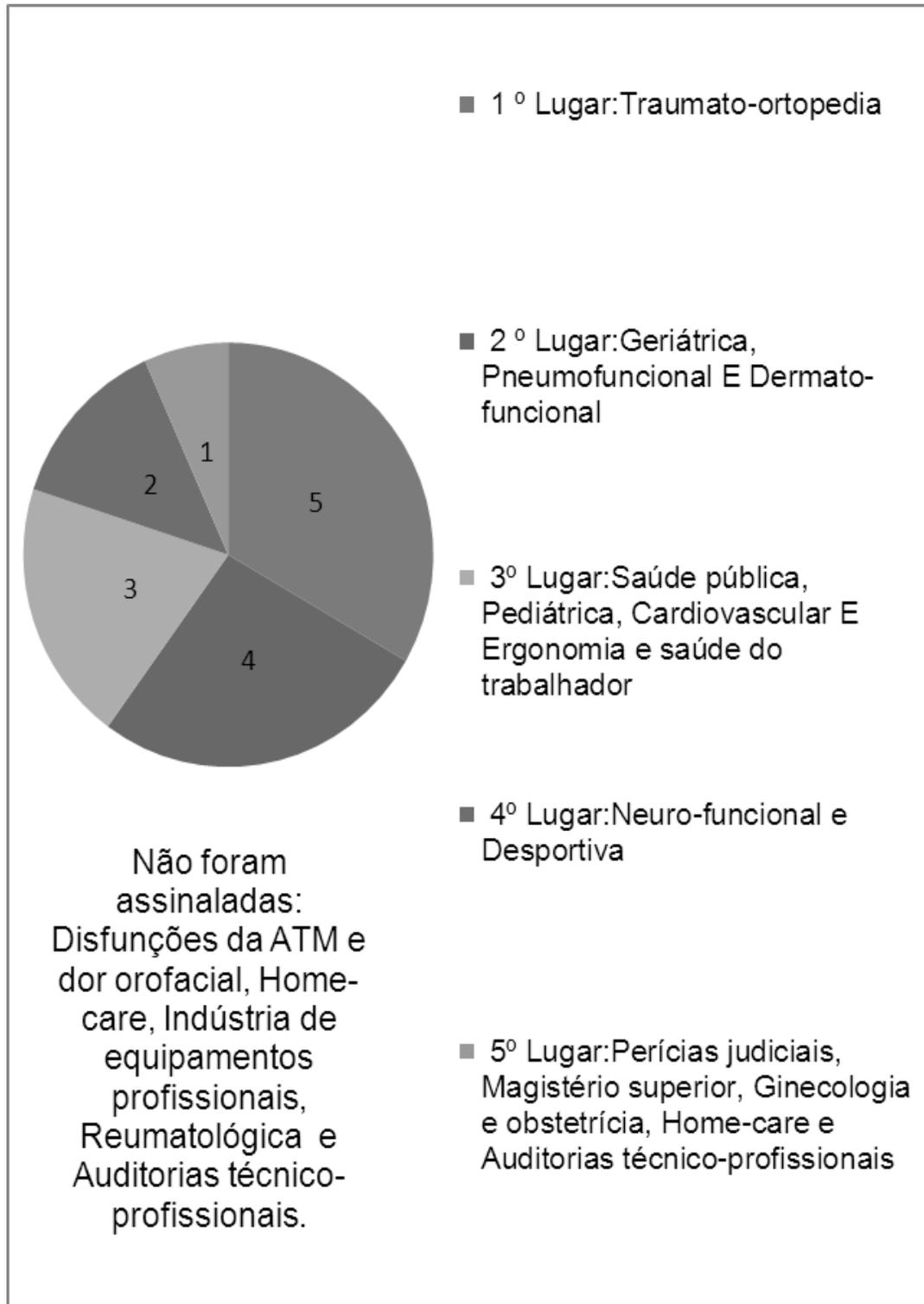
conforme consta no Apêndice A. Os gráficos 01 e 02, apresentados respectivamente mostram os dados obtidos na primeira e na segunda coleta, para o item 10 do ICD.

Figura 02 - Colocação das áreas de Atuação da Fisioterapia na Primeira Coleta



Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 03 - Colocação das áreas de Atuação da Fisioterapia na Segunda Coleta



Fonte: Dados da Pesquisa

Na primeira coleta a opção fisioterapia Neuro-funcional recebeu o maior número de indicações. A opção pela área de Saúde Pública, assim como a opção Geriátrica e Traumato-ortopedia receberam o segundo menor número de indicações pelos voluntários. Na segunda coleta, a opção de interesse profissional que foi mais indicada foi a Traumato-ortopedia, em segundo lugar ficaram as opções pelas áreas de fisioterapia Dermato-funcional, Pneumofuncional, Geriátrica e Pediátrica. A opção pela área de Saúde Coletiva ficou em quarto lugar na segunda coleta de dados. As seguintes áreas de atuação: disfunção da ATM, indústria e equipamentos e reumatologia não receberam nenhuma indicação tanto na primeira quanto na segunda coleta. Podemos observar também que as áreas de atuação que interessavam aos sujeitos da pesquisa para atuarem após completar a sua graduação em grande maioria correspondiam às atuais áreas de estágio na qual estavam em prática durante a coleta.

A análise proposta por Bardin (1988) ressalta que a exploração dos discursos deve ser realizada por dois momentos: o inventário e levantamento de todos os discursos e a classificação destes por analogia. Diante deste modelo, os discursos coletados dos 09 sujeitos da pesquisa foram dispostos no Quadro 05 e 06, com o objetivo de alcançar os objetivos descritos. Cada sujeito foi identificado pela letra "S", seguido de um número correspondente a ordem de participação na pesquisa. Os quadros foram elaborados de forma a estabelecer um inventário dos discursos de cada sujeito para posterior classificação por analogia, conforme Bardin (1979). Após esta etapa, as ideias foram submetidas à análise estatística simples, de acordo com Bardin (1988), para a devida verificação da exaustividade e representatividade das falas acerca do objeto de cada categoria.

Quadro 05 – Categorização dos Sujeitos da Pesquisa nos Bocos1, 2 e 3

INDICES	UNIDADES DE REGISTRO	Unidades de Contexto	PRIMEIRA COLETA			SEGUNDA COLETA			CATEGORIA DOS SUJEITOS
			S	F	%	S	F	%	
Conceito de Integralidade: um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.	BLOCO 1: Trabalho em equipe, Bom atendimento e Programas de saúde.	Atendimento de qualidade	S1, S4, S8	3	33.3	S2, S7, S9	3	33.3	Humanizados
		humanização do atendimento	S3, S5, S6, S9	4	44.4	S1, S3, S4, S5, S6, S8	6	66.7	
		Não sei	S2, S7	2	22.2	-	-	-	
Conceito de Saúde Pública: costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas "necessidades sociais de saúde".	BLOCO 2: Conhecer a comunidade, Conhecer as pessoas da comunidade e Conhecer a realidade comunitária.	Ampliar a formação profissional	S1, S2, S3, S5, S6, S7	6	66.7	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7	7	77.8	Profissionalizados
		Amparo a População	S4, S8, S9	3	33.3	S8, S9	2	22.2	
		Conhecer a população alvo	S1, S2, S3	3	33.3	S6, S7, S9	3	33.3	
		Entender o SUS	S5, S7, S8, S9	4	44.4	S2, S3, S5	3	33.3	
		Compreender a atenção básica	S4, S6	2	22.2	S1, S4, S8	3	33.3	
Princípios Doutrinários do SUS: princípios que orientam e organizam as ações do SUS.	BLOCO 3: Acesso ao Sistema, Oferecido a todos, Justiça, Igualdade, Participação do Governo, Participação Estadual, Participação do	Bem elaborado teóricametne	S1, S2, S3, S4, S5, S8	6	66.7	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9	8	88.9	Teorizados
		Falhas na prática dos conceitos	S1, S2, S4, S8, S9	5	55.6	S1, S2, S4, S5, S8	5	55.6	

Município, Participação dos Cidadãos e Participação das Pessoas.	Problemas administrativos	S3, S5, S6, S7, S9	5	55.6	S2, S3, S6, S7, S9	5	55.6
	Percepção da ampliação da área de atuação	S3, S4, S5, S6	4	44.4	S6, S8	2	22.2
	maior reconhecimento	S7, S8	2	22.2	S1, S4, S7	3	33.3
	melhorar a assistencia	S1, S2, S9	3	33.3	S2, S3, S5, S9	4	44.4

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 06 – Categorização dos Sujeitos nos Blocos 4 e 5

INDICES	UNIDADES DE REGISTRO	Unidades de Contexto	Primeira Coleta			Segunda Coleta			CATEGORIA DOS SUJEITOS
			S	F	%	S	F	%	
ESF: a porta de entrada prioritária de um S. saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado. O NASF: Apóia a inserção da ESF rede de serviços e amplia a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS.	BLOCO 4: Equipe Multidisciplinar, Capacitação Profissional, Participar de Cursos, Identificação da Localidade, Identificação da Região, Conscientização da população, Direitos, Benefícios, Acolhimento, Educação e Prevenção	Área em expansão	S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9	7	77.8	S4, S2	2	22.2	Limitantes
		Limitações de atuação	S1, S7	2	22.2	S1, S3, S5, S6, S7, S8, S9	7	77.8	
		Assistência individual e coletiva	S1, S3, S5, S6, S7, S8, S9	7	77.8	S7, S8	2	22.2	

		Atenção Primária a saúde	S2, S4	2	22.2	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9	7	77.8	
Formação Profissional : conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão.	BLOCO 5: Estar apto, sentir-se pronto, Diversos ambientes profissionais, habilidades, competências e conhecimentos.	Ter boa preparação	S9	1	11.1	S1, S7, S8	3	33.3	Hesitantes
		Falhas na disciplina de saúde coletiva	S2, S3, S4, S5, S6, S7	6	66.7	S2, S6, S9	3	33.3	
		Não estar preparado	S8	1	11.1	S3, S5	2	22.2	

Fonte: Dados da Pesquisa

Pode-se notar que nos quadros 05 e 06, construídos para categorizar os sujeitos conforme os blocos gerados com a pesquisa, formaram-se 5 categorias de respondentes: Humanizados, Profissionalizados, Teorizados, Limitantes e Hesitantes. Estas categorias foram geradas após análise minuciosa das respostas ao instrumento, o que possibilitou identificar seis tipos de concepções dos respondentes conforme esperado com os objetivos da pesquisa. O que traz à tona o perfil da amostra investigada descortinando um leque de concepções distintas sobre o conceito de integralidade. Assim, nota-se que as concepções dos sujeitos não são constituídas por uma única tendência, mas por um conjunto de tendências que nos levam a inferir que o conceito de integralidade mostra-se confuso, porém com uma forte tendência para uma concepção mais humanista na formação do Fisioterapeuta, nesta Instituição, com essa amostra investigada.

Com o objetivo inicial de propor um curso para os graduandos de Fisioterapia para debater e refletir sobre atenção integral na saúde, a pesquisadora realizaria uma breve capacitação para os alunos do 9º e 10º período do curso de fisioterapia da UFVJM, que cursam estágio curricular obrigatório. A palestra intitulada “A integralidade da atenção em Saúde” seria realizada na sala de aula destinada ao programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Ensino em Saúde, localizada no pavilhão de salas do campus II da IES. O empréstimo da sala já estava autorizado pela coordenação do programa, conforme o Anexo B.

Porém, devido ao interesse dos alunos de outros períodos do curso de Fisioterapia, a palestrante foi convidada a integrar a grade de eventos da 1ª Semana da Saúde – 2013. Este evento desenvolveu como tema central: Integrando serviços e otimizando a qualidade de vida. O evento foi promovido pelas empresas juniores dos cursos da área da saúde da IES e contou com mais de 350 alunos da área de saúde inscritos. A palestra intitulada “A integralidade da atenção em Saúde”, foi ministrada no dia 21 de junho de 2013, as 18:00 horas, no Anfiteatro do Campus I da IES, no centro da cidade de Diamantina - MG, conforme o material de divulgação do evento que se encontram nos anexos E. Durante a palestra foram abordados os seguintes conteúdos: breve histórico da saúde pública no Brasil, as etapas para a construção do SUS e a integralidade como eixo da reorientação da formação dos profissionais da saúde.

6. DISCUSSÃO

Segundo Fontoura (2006), a integralidade do atendimento na saúde refere-se à preocupação em considerar as necessidades do indivíduo de uma forma ampla, e também representa um pilar para a construção do SUS, sendo assim este conceito é considerado um desafio na construção do sistema.

Considerando essa premissa podemos inferir que há uma dualidade observada nos sujeitos da pesquisa quando indagados sobre a aplicabilidade do conceito de integralidade em outros sistemas de saúde. O conceito de integralidade não é bem compreendido pela maioria dos profissionais de saúde, conforme levantado por Brasil (2010A). Uma hipótese que sustente esta ideia, levantada pelos trabalhos de Mattos (2004) e Machado (2007), que por sua vez notam a gama diversificada de significações conferidas ao conceito de integralidade. Isto fica bem exposto nos levantamentos realizados no item 04 do instrumento de coleta. Também fica explícito a dificuldade de se compreender o conceito de integralidade quando, no item 06 do ICD, a maioria dos sujeitos da pesquisa assinala concordo parcialmente. Este item questiona os sujeitos sobre a possibilidade de se aplicar o conceito de integralidade nos serviços privados de saúde. A dificuldade de assimilação do conceito de integralidade, pelos fisioterapeutas, pode ser atribuída às mudanças ocorridas no objeto de trabalho do fisioterapeuta. Ao longo do tempo de existência da profissão, foi observado que além do paradigma reabilitador da fisioterapia, a prevenção e a promoção da saúde se tornaram ferramentas muito importantes para o exercício profissional de qualidade. A incorporação do conceito de integralidade, nas práticas dos profissionais de saúde, como eixo norteador das ações de educação em saúde, deve estar articulado à necessidade de se corrigir a tendência de se prestar um atendimento fragmentado e desarticulado de todo o sistema, como apontado por Machado (2007). Gonzalez e

Almeida (2010) indicam que, a mudança nas práticas de saúde está na inclusão da integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação.

Mattos (2004) acrescenta que a integralidade não se trata de uma visão holística do indivíduo, mas de um processo em que o terapeuta e o paciente, participem ativamente na construção de um projeto de intervenção, de maneira que este seja relevante e atenda às necessidades do indivíduo e dos serviços de saúde. Isto se torna evidente para as pesquisadoras quando após o inventário das falas dos sujeitos, surgiu a primeira categoria, os “Humanizados”. Percebe-se nesta categoria que os sujeitos da pesquisa em maioria, denotam a importância de um atendimento de qualidade para que se atinja o conceito de integralidade como podemos observar no comentário dos sujeitos S5 que diz: *“Abordagem para um atendimento humanista, visando a qualidade de vida dos pacientes, atenção às necessidades físicas, psicológicas e sociais dessa maneira com apoio de outros profissionais) dos pacientes”* e do sujeito S6, *“Procuro atender os pacientes com respeito, atendendo a sua real necessidade”*.

Assim como o conceito da integralidade, os conceitos envolvidos na temática da Saúde Pública são abordados, em vários momentos durante a formação dos sujeitos da pesquisa. A importância de se compreender estes conceitos é parte fundamental da formação ampliada e não só tecnicista dos profissionais da saúde. Como já mencionamos diversas ações interministeriais buscam o maior comprometimento dos profissionais que fazem parte do sistema nacional de saúde e dos profissionais que irão ingressar neste sistema, em conhecê-lo e entendê-lo de forma que os princípios que estruturam este sistema sejam evidenciados em ações efetivas no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde. Feuerwerker (2003) já apontava em seus relatos a importância da educação profissional em saúde, que deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde. Os sujeitos da pesquisa demonstram de maneira muito evidente esta necessidade na formação do fisioterapeuta. Quando os sujeitos da pesquisa concordam que a disciplina de saúde coletiva, também nomeada de saúde

pública, é importante para a formação do fisioterapeuta. O bloco 2 correspondente a esta temática, os sujeitos da pesquisa são categorizados em “profissionalizados”, porque conforme seus próprios relatos, conhecer e compreender a Saúde Pública, auxilia-os a entender as ações políticas governamentais no sentido de dirigir intervenções voltadas às necessidades sociais de saúde. Em conformidade a este pensamento os sujeitos da pesquisa alegam que a Saúde Pública amplia a sua formação profissional. A mesma situação foi referida por Oliveira (2011) que em seu trabalho verificou a contribuição da disciplina de saúde coletiva para a sua amostra, relatando que o cursar da disciplina de saúde coletiva fornece ao discente um olhar mais amplo sobre os diversos fatores socioeconômicos envolvidos na gênese da doença o que resultaria em uma melhora da relação com o paciente. A saúde pública é entendida, pelos sujeitos da pesquisa, como mais um campo possível de atuação profissional. Confirmamos esta situação ao averiguarmos que, a opção Saúde Pública, permaneceu durante as duas coletas de dados, entre os três primeiros colocados, para as opções de campo profissional que gostariam de atuar após completarem a sua graduação, situação esta presente nos resultados do item 10 do ICD. Ceccim e Carvalho (2006) alertam aos profissionais da saúde, em sua pesquisa, que é a saúde coletiva, que propõe outros modos de pensar a formação profissional de maneira a incentivar dentre outras práticas, a educação permanente dos profissionais da saúde.

Este mesmo item, o de número 10, quando comparamos, as opções assinaladas individualmente por cada sujeito e o segmento de estágio no qual se encontrava no momento da coleta, foi possível observar que, as áreas pretendidas para o exercício da profissão após a conclusão, na maioria dos casos, correspondiam à temática do estágio curricular obrigatório. Podemos afirmar que o estágio curricular que forneça experiências e atividades condizentes com uma aprendizagem significativa para o discente, pode influenciar as preferências profissionais de um egresso, ressaltando assim a importância do estágio curricular na formação profissional, para estes sujeitos. Situação esta confirmada quando notamos que as seguintes áreas de atuação do fisioterapeuta como, tratamento de disfunções da articulação têmporo-mandibular, área industrial com o desenvolvimento de equipamentos e a reumatologia, não receberam

nenhuma indicação pelos sujeitos, tanto na primeira quanto na segunda coleta. Coincidentemente estas áreas de atuação profissional não são contempladas com estágio curricular nesta IESF.

Em relação à temática abordada, a integralidade, e por esta compreender um dos elementos que compõem o quadro de princípios doutrinários do SUS, identificamos a necessidade de conhecer a visão dos sujeitos a respeito do SUS e da assistência fisioterapêutica dentro deste sistema. Durante o inquérito das falas dos itens 15 e 20, elaborados com este propósito, notamos o surgimento da terceira categoria de sujeitos da pesquisa, denominada “Teorizados”. Observamos a existência de uma mesma fala que se torna presente, para a maioria dos sujeitos, nos dois momentos da pesquisa a respeito da sua visão sobre o SUS. Esta maioria indicava que os princípios doutrinários do SUS, que servem para a orientação e organização do sistema foram bem elaborados em teoria. Podemos deduzir que os sujeitos da pesquisa, durante a sua formação, aprenderam estes conceitos. Além disto, nesta categoria, foi possível observar uma manifestação importante dos sujeitos que nos permitiram determinar esta categorização. Muitos dos sujeitos complementaram seus discursos sobre a estrutura regimental do SUS, as ideias de que, na prática estes conceitos ainda não são bem aplicados e que este sistema de saúde apresenta falhas administrativas. O relato do sujeito S5 expõe evidentemente esta situação: *“O SUS como forma de organização do sistema de saúde baseado em seus princípios é um sistema excelente só que ainda “no papel”, pois em termos práticos vê-se falhas grandes, as quais não poderiam ocorrer. Há muito o que ser feito para melhorar o sistema único de saúde e a contribuição de vários profissionais da saúde deve ser bem aceita”*.

A próxima categoria dos sujeitos remete ao entendimento prático do conceito de integralidade e da sua aplicação no cotidiano dos profissionais de fisioterapia que atuam no SUS. Para isso os itens 01, 03, 16 e 18, formam um bloco de análise que aborda questionamentos diretos aos sujeitos, a respeito das atividades desenvolvidas

pelo fisioterapeuta no NASF e na ESF. Os sujeitos foram caracterizados como "Limitantes", esta categoria compreende a dificuldade dos fisioterapeutas em determinarem o seu objeto de trabalho dentro do SUS. De acordo com Costa (2010) os fisioterapeutas enfrentam nas suas praticas, devido a sua graduação, dificuldades de contextualizar e adaptar seus conhecimentos de acordo com a realidade ambiental, social e econômica do individuo. Comprovamos isso quando observamos nesta categoria dois pontos que se contradizem, ao realizarmos o inventário dos relatos dos sujeitos. Quase a mesma proporção de sujeitos, que relatam as limitações da atuação da fisioterapia no SUS, baseando-se na assistência a nível terciário de saúde, a reabilitação, afirmam também que a atuação do fisioterapeuta que trabalha na ESF atua apenas na atenção primária a saúde, correspondendo a promoção e prevenção da saúde. Podemos afirmar então que para os sujeitos da pesquisa a assistência fisioterapêutica no SUS não esta bem definida. Neves e Acioli (2011) ao analisarem as publicações referentes à atuação do fisioterapeuta na ESF, identificam que o objeto de trabalho específico desse profissional neste programa não esta bem esclarecido. Fato este que fomenta as dificuldades encontradas com respeito à inserção do fisioterapeuta na ESF. Esta indefinição do objeto de trabalho e da atuação do fisioterapeuta na ESF pode ser consequência de fatores como: a desarmonia entre a formação acadêmica e a prática profissional; um baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em saúde pública, por parte dos fisioterapeutas e a preservação do paradigma reabilitador do fisioterapeuta (GHIZONI, 2010). Deve-se dar mais atenção a esta situação, visto que, a inserção do fisioterapeuta na ESF, como parte de uma equipe multidisciplinar, aumenta a resolutividade no SUS, promovendo a saúde integralmente (PEDUZZI, 2001; CUTOLO, 2003).

Notamos ainda, que, os sujeitos da pesquisa afirmam através das alternativas assinaladas para os itens 05 e 13, sentirem-se parcialmente preparados para o exercício profissional após a conclusão da graduação, no campo da Saúde Pública. Neste bloco de análise, os sujeitos foram categorizados como "Hesitantes". Esta situação é confirmada por Ceccim e Feuerwerker (2004) e Ceccim e Carvalho (2006)

que em seus estudos afirmam frequentemente a percepção dos estudantes em não se sentirem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso. Este sentimento também presente em nossa pesquisa tem suas causas apontadas pelos sujeitos em diversos aspectos como observamos nos dizeres dos sujeitos S3, “*Não me sinto completamente apta para tal serviço uma vez que o estágio em saúde coletiva ocorre em um período de curta temporada*”; e S7, “*Acredito que a disciplina foi muito curta, carga horária insuficiente para se passar todas as informações e permitir o aluno se graduar, após graduado ser capaz de trabalhar seguramente nos serviços públicos de saúde*”. Ceccim e Carvalho (2006) verificaram que de certa maneira a condução da aprendizagem têm estado centrada na figura do professor e não na produção de experiência e que ainda há ausência de práticas interprofissionais integradas ao currículo. Costa (2010) ressalta que o papel do professor não pode ser de único detentor do conhecimento, este na verdade deve ser um mediador do processo de aprendizagem do aluno incentivando a autonomia, respeitando as experiências sócio-culturais de cada indivíduo. Desta forma, espera-se que o profissional de saúde não enfrente tantas dificuldades ao lidar com novos conhecimentos. O profissional da saúde nos tempos atuais, considerando a velocidade da produção de novos conhecimentos no meio científico, deve ter a capacidade de aprender a aprender, para que seja capaz de aprender continuamente.

De modo geral foi possível observar a contribuição positiva do Estágio Curricular para a assimilação do conceito de integralidade, pelos sujeitos da pesquisa. Estes conseguem descrever em seus relatos sobre as temáticas abordadas, situações que refletem o contato direto com um possível ambiente de trabalho. A vivência da prática profissional em diversos ambientes de ensino contribui para a formação do profissional. O fisioterapeuta deve ser um profissional capaz de solucionar problemas, de priorizar as práticas de saúde em diversos cenários, incluindo a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação e a recuperação do estado de saúde do paciente. Para que isso aconteça conforme relata Costa (2010), esta situação pode ser atingida quando o desenvolvimento do profissional favoreça o desenvolvimento do processo de ensino

aprendizagem, contextualizando o conhecimento e fundamentando em aprendizagens significativas a partir da integração do raciocínio formal com a percepção edificada na prática.

7. CONCLUSÃO

Modificar o modelo de ensino dos cursos da área da saúde, nas instituições de ensino superior do país, é uma meta comum dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação desde o ano de 2000, para aproximar o perfil do profissional da saúde que será formado com a realidade existente nos serviços públicos de saúde.

O princípio doutrinário do SUS, a integralidade, sendo adotada como eixo norteador deste processo de mudança, é adequado para formar profissionais habilitados, que correspondam ao trabalho nos serviços públicos de saúde atuando de maneira eficiente e resolutiva. O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde, capaz de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, trabalhando em uma intervenção multidisciplinar, prestando atendimento fundamentado na integralidade sem causar prejuízos a assistência. A partir do momento que a fisioterapia agrega em seu objeto de trabalho a prevenção e a promoção da saúde, é necessário que os profissionais que irão atuar no mercado de trabalho correspondam a esta demanda social.

Foi possível identificar que os sujeitos da pesquisa, ao término do estágio supervisionado, melhoraram a compreensão a respeito do significado da integralidade no exercício profissional da fisioterapia, e que também conseguem aplicar o princípio da atenção integral em saúde durante as suas práticas no estágio. No entanto, nota-se também que o conceito de integralidade permanece confuso de acordo com as concepções dos sujeitos, demonstrando que as concepções mantidas pelos graduandos ao longo do curso, são variadas, desde uma tendência mais humanista, com destaque na profissionalização, com o entendimento da teoria como premência, até uma tendência mais limitante e de hesitação quanto aos conhecimentos para

atuação no campo de estágio. Podemos inferir que o curso de graduação pode melhorar as habilidades dos futuros profissionais para o exercício da profissão na via de uma formação mais ampla ou manter as concepções dos formandos conforme verificado nesta pesquisa. Cabe então, nos perguntarmos se a disposição das disciplinas curriculares ofertadas nos cursos de Fisioterapia está adequado para uma boa formação dos Fisioterapeutas ou se deva pensar em uma reformulação curricular, que distribua mais equitativamente as disciplinas ao longo do curso e que possam embasar a prática de uma forma mais adequada com vistas a uma boa formação para atuação no mercado de trabalho, conforme as orientações curriculares mais atuais.

Notamos que os conhecimentos adquiridos nas disciplinas relacionadas à saúde pública, que foram adquiridos ao longo do curso da graduação, nas disciplinas direcionadas a esta temática, são mencionados de maneira frequente pelos sujeitos e por isso acreditamos que estes conhecimentos são fundamentos teóricos que servem para o embasamento da construção das atividades profissionais exercidas pelos sujeitos durante o período do estágio.

Conseguimos observar através desta pesquisa que os sujeitos abordados conhecem os conceitos estruturantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a respeito do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Mas o entendimento prático da atuação do fisioterapeuta nestas equipes não é claramente identificado pelos sujeitos.

Proporcionando uma diversidade de cenários para a prática profissional, foi possível reconhecer a contribuição desta situação, oferecida pela instituição de ensino superior, com a formação do profissional de saúde, que pode vivenciar experiências mais próximas da realidade da sua profissão. As instituições de ensino superior que proporcionam estas experiências a seus alunos promovem uma aprendizagem significativa para os seus discentes, e, além disso, por meio da integração ensino/

serviço colabora com a melhora dos serviços de saúde da comunidade na qual estão inseridas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o conceito de integralidade envolve uma variada gama de sentidos, notamos que faz-se necessário maiores investigações sobre o assunto, de maneira que se possa abranger em um aspecto mais completo, a percepção e a concepção do fisioterapeuta sobre o que seja a integralidade da atenção a saúde.

Da mesma forma, é importante buscar o esclarecimento da participação do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), já que a sua atuação nestas equipes multidisciplinares tende a contribuir positivamente para que se alcancem os objetivos propostos a estas iniciativas.

Devemos considerar que a grande maioria dos atendimentos prestados à saúde da população brasileira, são realizados em serviços públicos de saúde. Desta forma, a qualidade e a resolução destes atendimentos prestados por estes profissionais, podem ser influenciadas, de maneira significativa, pelo contato do profissional da saúde, durante a sua formação, com estes cenários de prática.

Considerando as categorias encontradas em nossa pesquisa: Humanizados, Profissionalizados, Teorizados, Limitantes e Hesitantes, é possível perceber que as concepções dos sujeitos, enquanto graduandos de um curso de Fisioterapia de uma IESF merecem ser considerada. Mesmo que a amostra seja pequena e não seja possível generalizar, os resultados, por ora encontrados, sinalizam que se deva olhar com mais cautela para os currículos de formação dos profissionais da saúde,

especificamente os da Fisioterapia, bem como, a aplicação de metodologias adequadas, se desejamos avançar nas implementações de mudanças sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e vislumbrar que o profissional da Fisioterapia ao término da sua formação se torne capaz de atender ao mercado de trabalho de forma mais plena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. Currículos disciplinares na área de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 261-272, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a03v1331.pdf>> Acesso em : 29 jan. 2013.

ALEXANDRE, N. M. C., COLUCI, M. Z. O. Validade de Conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc Saude Coletiva**, 2009, 16 (7): 3061-3068 Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?idartigo=4830 Acesso em : 29 jan. 2013.

ANDRADE, A. D.; LEMOS, J. C.; DALL'AGO, P. Fisioterapia In: HADDAD, AE; et al. (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006, p. 201- 240.

ASSIS, Maria Alice Altenburg de et al . Reprodutibilidade e validade de questionário de consumo alimentar para escolares. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 41, n. 6, dez. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600022&lng=pt&nrm=iso> Acessado em 12 de junho de 2013.

AYRES, Manuel. **BioEstat 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas**. Sociedade Civil Mamirauá, 2007. p. 323.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. p. 296.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979. p. 296 apud VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005. 176p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2005, v. 10, n. 3, p. 561-571, apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de**

Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010B. 242 p.

BRASIL. Decreto nº 100, de 16 de Abril de 1991. **Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, Vol. 2, .Seção 1 - 17/4/1991, Página 7075.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996A.Seção I, p. 27834-27841.

_____. Ministério Da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** – NOB/SUS 96: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde 1996B.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: princípios e conquistas.** Secretaria Executiva. Ministério da Saúde, 2000. 44p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conas_progestores/sus_avancos_desafios.pdf> Acessado em: 08 de junho de 2013.

_____. Lei número 10.172 de 09 de janeiro de 2001. **Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, Seção 1 - 10/1/2001 A, Página 1.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS** Secretaria Executiva. Ministério da Saúde, 2001B. 40p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>> Acessado em: 08 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, março de 2003. 79p. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf> Acessado em: 08 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e**

desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004A.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil:** vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília; 2004B. p.149-178.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.77p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** avanços e desafios Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006A. 164 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf> Acessado em: 08 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006B.300 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006C. Seção 1, p. 138.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. – 4. ed. rev. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006D.138 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007 232 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.160 p

_____. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Projeto de Cooperação Técnica. Brasília, 2006. apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010A.242 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010B. 242 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010C. p. 152.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.197 p.

BERVIAN, Pedro Alcino; CERVO, Amado Luiz; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. São Paulo: Pretence Hall, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde; **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_ext&tlng=es> Acessado em 12 de junho de 2013.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: **Aderaldo & Rothschild**, 2010.411p. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&srcgoogle&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=528493&indexSearch=ID>> Acessado em 12 de junho de 2013.

CAMPOS FE, et al. Caminhos para a aproximação da formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2001; 25: 11-26 p. Disponível em: <<http://www.mendeley.com/research/caminhos-para-aproximar-formao-profissionais-sade-das-necessidades-da-ab-16/>> Acessado em 05 de março de 2012.

CHAGAS, A.T.R. O questionário na pesquisa científica. **Revista Administração Online**, São Paulo, vol. 1, n. 1, 2000. p 13. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PESQUISA%20EM%20GEOGRAFIA/metodologia%20de%20question%20E1rio.pdf> Acessado em: 24 de abril de 2012.

CAVALCANTI, Francisco et al. Considerações sobre a ponderação de valores Constitucionais e a responsabilidade Civil Estatal na Área de Saúde. **Duc In Altum-Caderno De Direito**, 2011, V. 3, N. 3. 147-197p. Disponível em: <<http://www.faculdade damas.edu.br/revistas/index.php/cihjur/article/viewArticle/191>> Acessado em: 08 de junho de 2013

CECCIM RB, ARMANI TB, ROCHA CMF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; vol. 7. 373-83 p. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n2/10255>> Acessado em 12 de junho de 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.149-182. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-in/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=443457&indexSearch=ID>. Acessado em: 26 de outubro de 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.; Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública** [online]. São Paulo. 2004, vol. 20, n. 5, pp. 1400-1410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=isso>>. Acessado em: 25 de outubro de 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

COCHRAN, W. G. **Técnicas de amostragem** 2 ed. Rio de Janeiro. Fundo de Cultura, 1977

COFFITO. RESOLUÇÃO Nº. 259, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2003. **Dispõe sobre a Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências**. D.O.U nº 32 – de 16/02/2004, Seção I, Pág. 66. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1341&psecao=9> Acessado em 12 de junho de 2013.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; VILA, T.C.S.; ALMEIDA, M.C.P. A atenção em saúde mental na estratégia da saúde da família. **Revista eletrônica de Enfermagem**, V07, p. 113-117, 2005. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/847>> Acessado em 12 de junho de 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 12.^a Conferência Nacional de Saúde: **Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p

COSTA, Jussara Albuquerque. Formação Profissional do Fisioterapeuta e os Desafios da Docência. **Revista Movimenta** ISSN, v. 3, n. 4, p. 2010. Disponível em: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewArticle/428>> Acessado em 12 de junho de 2013.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, Apr. 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S010055022007100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 Março 2012.

CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, POTVIN L, DENIS JL, BOYLE P. **Saber preparar uma pesquisa**. 3^a ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. O SUS e a formação de recursos humanos. **Arq Catarin Med**, v. 32, n. 2, p. 49-59, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/63.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

DE OLIVEIRA, Valéria Rodrigues Costa. Reconstruindo a história da fisioterapia no mundo. **Revista Estudos**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 509-534, 2005b. Disponível em: <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/bianca/artigobiancadelagiu_tina.pdf> Acessado em 12 de junho de 2013.

DELLAGNELO, Eloise Helena Livramento; SILVA, Rosimeri Carvalho. Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. Pesquisa qualitativa em administração. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. apud ZOUAIN, Deborah Moraes; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

DIAS, Maria Teresa Fonseca; PASSOS, Carolina Pagani. O controle das políticas públicas de saúde, por intermédio de ação civil pública, sob a ótica da jurisprudência mineira. Revista Fórum Administrativo Direito Público. Belo Horizonte, Ed. Fórum. Ano 09, no.98, abril, 2009 apud CAVALCANTI, Francisco et al. Considerações sobre a ponderação de valores Constitucionais e a responsabilidade Civil Estatal na Área de Saúde. **Duc In Altum-Caderno De Direito**, 2011, V. 3, N. 3. 147-197p. Disponível em: <<http://www.faculadadedamas.edu.br/revistas/index.php/cihjur/article/viewArticle/191>> Acessado em: 08 de junho de 2013.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa** (JE Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 2007), 2009. 3ª ed. p. 405.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MERHY, E. E. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho

em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: **Hucitec**, p. 125-34, 2003. Disponível em:< http://www.ufpe.br/medicina/images/formularios/texto_isc_i_linha_de_cuidado_obrigatorio.pdf> Acessado em 12 de junho de 2013.

FREITAS, Henrique MR; DA CUNHA JR, Marcus Vinícius Moretti; MOSCAROLA, Jean. **Pelo resgate de alguns princípios da análise de conteúdo**: aplicação prática qualitativa em marketing. Angra dos Reis – RJ. Anais do 20º EANANPAD. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração Programa de Pós-Graduação em Administração, 1996. p. 467 – 487 Disponível em:< http://getts.paginas.ufsc.br/files/2012/07/10_7_t1.pdf> Acessado em 15 de junho de 2013.

GHIZONI, Angela Carla et al. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 825-837, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/aop2410.pdf>

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**; São Paulo. Atlas. 2010. p. 206.

GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. **Ciências da Saúde Coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.4, pp. 1080-1082. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400029&script=sci_arttext.> Acessado em: 25 de outubro de 2011.

GONÇALVES, Flavia Guilherme; CARVALHO, Brígida Gimenez; TRELHA, Celita Salmaso. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes; **Trab. educ. saúde**, v. 10, n. 2, p. 301-314, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000200007&script=sci_arttext> Acessado em 12 de junho de 2013.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, MJ de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde colet**, v. 15, n. 3, p. 757-62, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013

HADDAD, Nagib. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. Editora Roca, 2004.

HADDAD, AE; et al. (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006, p. 201- 240.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. [S.l.]: Atlas, 4 edição. 1992

LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics** 1977; 33: 159-174. Disponível em: < <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2529310?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102350115431>> Acessado em 20 de junho de 2013.

LINS, Auristela Maciel. **O Programa UNI da Fundação Kellog no Brasil: uma avaliação a partir do postulado de coerência de Mario Testa**, UNICAMP, 1997. 187p. Tese (Mestrado). Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000128960&fd=y>> Acessado em 12 de junho de 2013.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 4 ed. 1996, 271 p.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500037&script=sci_abstract&lng=en> Acessado em 12 de junho de 2013.

MIURA, Cinthya Tamie Passos et al . Adaptação cultural e análise da confiabilidade do instrumento Modified Dyspnea Index para a cultura brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, out. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692010000500025&lng=pt&nrm=iso> Acessado em 12 de junho de 2013.

NAKANO, T. C., SIQUEIRA, L. G. G.. Validade de conteúdo da Gifted Rating Scale (versão escolar) para a população brasileira. **Aval. psicol.** [online]. 2012, vol.11, n.1, pp. 123-140. ISSN 1677-0471> Acessado em 12 de junho de 2013.

NIETSCHE, EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000. Apud MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 551-564, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011005000010&script=sci_arttext > Acessado em 12 de junho de 2013.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2001, vol.35, n.1, pp. 103-109. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000100016&lng=en&nrm=so&lng=pt. Acessado em: 28 de outubro de 2011.

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, ago. 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234199800020009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234199800020009>> Acessado em 12 de junho de 2013.

PETRI, Calil Fernanda. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. UFSC 2006. 80 f. Dissertação (mestrado). Pós-Graduação em Integração Latino-Americana do Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Maria – RS, 2006. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/27/TDE-2006-12-12T063743Z-79/Publico/Fernanda.pdf>. Acessado em: 27 de outubro de 2011.

PINHEIRO, Roseni; DE MATTOS, Ruben Araújo. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS, UERJ, 2003 apud CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/38.pdf>> Acessado em 12 de junho de 2013.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. Nursing research: generating and assesing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins, 2008. apud MIURA, Cinthya Tamie Passos et al . Adaptação cultural e análise da confiabilidade do instrumento Index para a cultura brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?s_cript=sci_artt_ext&pid=S0104-11692010000500025&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jan. 2013.

RAGASSON, Carla Adriane Pires et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006. Disponível em: <http://henriquetateixeira.com.br/u_artigo/atribuiCOes_do_fisioterapeuta_no_programa_desaUde_da_famlli_co2gi5.pdf> Acessado em 12 de junho de 2013.

RAMOS, Marise. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional; **Saúde soc**, v. 18, n. supl. 2, p. 55-59, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600008script=sci_arttext&tlng=es> Acessado em 12 de junho de 2013.

RIBEIRO RODRIGUEZ, Michelline. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos núcleos de apóio a saúde da família (NASF); **Comun. ciênc. saúde**, v. 21, n. 3, p. 261-266, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/onlie/?IstisSript=ih/iah.xis&src=goog_e&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=619058&indexSearch=ID> Acessado em 12 de junho de 2013.

RICHARDSON, Roberto Jerry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989. 2ª ed.1989. 267p.

RODRIGUES, Raquel M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas online**, v. 2, n. 8, p. 104-109, 2008. Disponível em: [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volum_e%202\(8\)%20artigo10.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volum_e%202(8)%20artigo10.pdf)> Acessado em 12 de junho de 2013.

RUBIO, Doris McGartland et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003. Apud ALEXANDRE, N. M. C., COLUCI, M. Z. O. Validade de Conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Coletiva*, 2009, 16 (7): 3061-3068 Disponível em: <http://www.cienciaesaudeoleti va.com.br/artigos/artigo_int.php?idartigo=4830> Acesso em : 29 jan. 2013.

SAMPAIO RF, MANCINI MC, FONSECA ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-118. Apud SANCHEZ, Eugênio Lopes. **Histórico da fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia, v. 1, n. 3, 1984.

SANCHEZ, Eugênio Lopes. **Histórico da fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia, v. 1, n. 3, 1984.

SCHRAMM, FERMIN ROLAND. A Bioética, seu Desenvolvimento e Importância para as Ciências da Vida e da Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2002 v. 48, n.4, p. 609-615, Disponível em: < http://www.inca.gov.br/Rbc/n_48/v04/pdf/opiniaio.pdf> Acessado em 14 de junho de 2013

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Edna Lúcia da Silva, Estera Muszkat Menezes. – 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p

SILVA, Daysi Jung; DA ROS, Marco Aurélio. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n6/v12n6a26.pdf>>. Acessado em 12 de Junho de março de 2012.

SOARES, Edvaldo. **Metodologia Científica**: lógica, epistemologia e normas. Ed Atlas, São Paulo, 2003. 138p.

TEIXEIRA CF; PAIM JS; VILASBÔAS AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde . **Informe Epidemiológico do SUS**, ano VII, no. 2, abril/jun 1998. 22p. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/i_esus_vol7_2_sus.pdf> Acessado em 10 de março de 2012.

TAUIL, PEDRO LUIZ; GUILHEN, DIRCE. Método e Ética: Fundamentos Indissociáveis no Contexto da Prática Científica. *Brasília Med*, 2009.v. 1, n. Supl 1, p. 106.

TEIXEIRA, Enise Barth. **A Análise de Dados na pesquisa Científica**: importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolvimento em Questão*. 2003, v. 1, n. 2, p. 201.

WYND, Christine A.; SCHMIDT, Bruce; SCHAEFER, Michelle Atkins. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. <http://wjn.sagepub.com/content/25/5/508.short>> Acessado em 12 de junho de 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ICD)

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prezado Aluno, você está sendo convidado a participar desta pesquisa, realizada pela aluna do programa de mestrado Ensino em Saúde Michelle C. S. A. Barbosa, orientada pela prof Dra Maria Luiza. As informações fornecidas pelos voluntários serão utilizadas especificamente para esta pesquisa. Os dados e informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. Os resultados serão utilizados para elaboração da dissertação de mestrado desta pesquisadora e a sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária. Caso tenha alguma dúvida ou necessite de mais algum esclarecimento entre em contato pelo e-mail: michellecsalmeida@yahoo.com.br Desde já agradecemos a sua colaboração.

Área atual de estágio: _____ Idade: _____ Sexo: ()M ou ()F

Quando você cursou a disciplina de saúde coletiva ou Saúde Pública?

()1° Semestre /2006 ()2° Semestre /2006 ()1° Semestre /2007
 ()2° Semestre /2007 ()1° Semestre /2008 ()2° Semestre /2008
 ()1° Semestre /2009 ()2° Semestre /2009 ()1° Semestre /2010
 ()2° Semestre /2010 ()1° Semestre /2011 ()2° Semestre /2011

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- Caso tenha alguma dúvida sobre o enunciado da questão pergunte ao pesquisador.
 - Você deverá responder as questões de acordo com as suas concepções e conhecimentos adquiridos sobre os assuntos mencionados.
 - Nas questões fechadas, por favor, marque com um X apenas uma das alternativas apresentadas no espaço da nota atribuída conforme a legenda abaixo.
- 1** - discordo totalmente **3** - não sei responder **4** - concordo parcialmente
2 - discordo parcialmente **5** - concordo totalmente

1- O fisioterapeuta que atua no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) contribui no desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF (Estratégia de saúde da família).	1	2	3	4	5
2- A integralidade como prática de atuação deve levar em conta as necessidades de saúde individuais ou coletivas (de um grupo) mesmo que estas necessidades não sejam iguais às da maioria.	1	2	3	4	5

3- O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) deve estabelecer a integralidade do cuidado físico e mental para o usuário do SUS.	1	2	3	4	5
4- O atendimento à saúde, baseado no princípio da integralidade, no nosso país, somente é praticado no sistema de saúde pública vigente, o SUS.	1	2	3	4	5
5- Ao concluir o curso de graduação estarei apto a proporcionar atendimento fisioterapêutico em diferentes cenários e níveis de atenção à saúde.	1	2	3	4	5
6- Os serviços privados de saúde estão habilitados a fornecer aos seus usuários atendimentos baseados no princípio da integralidade.	1	2	3	4	5
7- O fisioterapeuta no setor privado, prestando atendimentos particulares e a convênios, é capaz de realizar seus atendimentos baseando-se no princípio da integralidade.	1	2	3	4	5
8- O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde capaz de prestar atendimento integral à saúde de seus pacientes.	1	2	3	4	5
9- Um atendimento integral à saúde do paciente somente é possível de ser praticado quando existe a atuação de uma equipe multidisciplinar.	1	2	3	4	5
<p>10- Marque 05 campos de atuação da fisioterapia que você gostaria de atuar após completar a sua graduação.</p> <p>() Auditorias técnico-profissionais () Cardiovascular () Disfunções da ATM e dor orofacial () Dermato-funcional () Ergonomia e saúde do trabalhador () Geriátrica () Ginecologia e obstetrícia () Hidroterapia () Home-care () Magistério superior () Indústria de equipamentos () () Desportiva () Neuro-funcional () Perícias judiciais () Pneumofuncional () Reumatológica () Saúde pública () Reumatológica () Vigilância sanitária () Traumatologia () Desportiva () Pediátrica.</p>					
11- Você considera a disciplina de saúde coletiva ou saúde pública, importante para a formação profissional do fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
12 - Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior.					

11-Você considera a disciplina de saúde coletiva ou saúde pública, importante para a formação profissional do fisioterapeuta..	1	2	3	4	5
12 - Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior.					
13 - Ao finalizar o meu curso de graduação sinto-me preparado para atuar nos serviços públicos de saúde.	1	2	3	4	5
14 - Comente a escolha da alternativa da questão acima justificando a sua resposta.					
15 - Fale a respeito da sua visão sobre o SUS.					
16- Qual é a sua visão sobre a assistência fisioterapêutica no SUS?					
17 - O que você considera importante para a capacitação do fisioterapeuta que irá trabalhar no SUS, a respeito das habilidades e competências necessárias para sua atuação?					

18- Como você explicaria a atuação do fisioterapeuta que trabalha na ESF (Estratégia de Saúde da Família)?

19- Para realizar um atendimento integral á saúde dos seus pacientes, quais técnicas você emprega?

20- Qual a sua percepção sobre a assistência fisioterapêutica no SUS hoje e para o futuro?

21- Utilize o espaço a seguir para realizar qualquer comentário, caso queira, a respeito dos temas abordados nesta pesquisa.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **CONCEPÇÕES DOS GRADUANDOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UFVJM EM ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO SOBRE O PRINCÍPIO DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE**, projeto de pesquisa, **COORDENADO PELA ALUNA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU MICHELLE CRISTINA SALES ALMEIDA BARBOSA.**

A sua participação não é obrigatória sendo que a qualquer momento da pesquisa você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com a UFVJM.

Os objetivos desta pesquisa são: Estudar a aplicação do princípio da atenção integral em saúde durante a prática de estágio dos acadêmicos de fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); identificar se os acadêmicos de Fisioterapia conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio; verificar se o conceito de saúde pública é entendido e aplicado pelos acadêmicos de fisioterapia da UFVJM em suas práticas de Estágio; verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem as diretrizes básicas de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS); verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); identificar as metodologias empregadas pelos acadêmicos de fisioterapia da UFVJM para colocar em prática o conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio e ofertar um breve curso de capacitação aos acadêmicos que cursam o 9º e o 10º período de fisioterapia da UFVJM, buscando uma reflexão sobre as diretrizes básicas das políticas de saúde que compõem o SUS focando o princípio da integralidade no atendimento em saúde e as metodologias que podem ser empregadas para promoção da saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados / informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto ressarcimento para qualquer gasto financeiro da sua parte, uma vez que a pesquisa não conta com recursos financeiros.

O risco da sua participação nesta pesquisa é a situação de constrangimento ao responder algumas das questões apresentadas no instrumento de coleta de dados. Para minimizar este risco, os pesquisadores realizarão a identificação dos voluntários por meio de siglas, com letras e números, preservando a identidade do voluntário e o sigilo de suas informações. As informações fornecidas pelos voluntários permanecerão em todo tempo sob a guarda dos pesquisadores. Os dados obtidos durante as coletas serão utilizados especificamente para esta pesquisa.

Como benefício, os pesquisadores propõem aos voluntários uma capacitação, que acontecerá na quarta etapa de execução deste projeto, com o objetivo de debater sobre os temas abordados nesta pesquisa.

VOCÊ RECEBERÁ UMA CÓPIA DESTE TERMO COM A RÚBRICA DA COORDENADORA DESTA PESQUISA EM TODAS AS PÁGINAS. Neste documento encontra-se o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento. Os documentos obtidos por esta pesquisa, este termo de consentimento livre e esclarecido e o instrumento de coleta de dados preenchido, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores durante um período de cinco (5) anos e encerrado este período estes documentos serão incinerados pelos pesquisadores.

Pesquisadora coordenadora do Projeto:

Nome: Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa

Endereço: Av. Barão de Paraúna 472, Diamantina – MG.

Telefone: (38) 8821-6056

Email: michellecsalmeida@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da pesquisa e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 – km 583, no. 5000 – Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP 39100-000

Coordenadora Profa. Agnes Maria Gomes Murta; Secretaria (Dione de Paula) - Email:
cep.secretaria@ufvjm.edu.br ou cep@ufvjm.edu.br

Tel.: (38) 3532-1366.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS REALIZADO PELOS JUÍZES.

Você está convidado a participar da avaliação do instrumento de coleta da pesquisa “Concepções dos Graduandos do Curso de Fisioterapia da UFVJM em Estágio Supervisionado Obrigatório sobre o Princípio da Atenção Integral em Saúde” coordenada por Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa sob a orientação da Prof.Dra Maria Luiza Rodrigues da Costa Neves.

Aceitando este convite você se tornará um membro do comitê de especialistas que irá avaliar este instrumento. Desde já solicito sigilo sobre as informações que serão apresentadas neste instrumento. Todas as informações obtidas por meio desta avaliação constituirão propriedade da coordenadora deste projeto e serão empregadas para adaptações e correções do instrumento de coleta e publicações posteriores. Esta etapa da pesquisa visa aumentar a capacidade do instrumento de coleta em medir com precisão o fenômeno a ser estudado, contribuindo para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados.

O objetivo geral desta pesquisa é estudar a aplicação do princípio da atenção integral em saúde durante a prática de estágio dos acadêmicos de fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). E os objetivos específicos são: a) Identificar se os acadêmicos de Fisioterapia conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio, b) Verificar se o conceito de saúde pública é entendido e aplicado pelos acadêmicos de fisioterapia da UFVJM em suas práticas de Estágio, c) Verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem as diretrizes básicas de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) e d) Verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O Instrumento de coleta de dados para esta pesquisa é constituído de um questionário semi estruturado que será aplicado à amostra da pesquisa que é composta por acadêmicos do curso de fisioterapia que estejam em período regular de estágio

necessidades de saúde individuais ou coletivas (de um grupo) mesmo que estas necessidades não sejam iguais às da maioria.					
3- O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) deve estabelecer a integralidade do cuidado físico e mental para o usuário do SUS.	1	2	3	4	5
4- O atendimento à saúde, baseado no princípio da integralidade, no nosso país, somente é praticado no sistema de saúde pública vigente, o SUS.	1	2	3	4	5
5- Ao concluir o curso de graduação estarei apto a proporcionar atendimento fisioterapêutico em diferentes cenários e níveis de atenção à saúde.	1	2	3	4	5
6- Os serviços privados de saúde estão habilitados a fornecer aos seus usuários atendimentos baseados no princípio da integralidade.	1	2	3	4	5
7- O fisioterapeuta no setor privado, prestando atendimentos particulares e a convênios, é capaz de realizar seus atendimentos baseando-se no princípio da integralidade.	1	2	3	4	5
8- O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde capaz de prestar atendimento integral à saúde de seus pacientes.	1	2	3	4	5
9- Um atendimento integral à saúde do paciente somente é possível de ser praticado quando existe a atuação de uma equipe multidisciplinar.	1	2	3	4	5
10- Marque 05 campos de atuação da fisioterapia que você gostaria de atuar após completar a sua graduação. () Auditorias técnico-profissionais () Cardiovascular () Disfunções da ATM e dor orofacial () Dermato-funcional () Ergonomia e saúde do trabalhador () Geriátrica () Ginecologia e obstetrícia () Hidroterapia () Home-care () Magistério superior () Indústria de equipamentos () () Desportiva () Neuro-funcional () Perícias judiciais () Pneumofuncional () Reumatológica () Saúde pública () Reumatológica () Vigilância sanitária () Traumatologia () Desportiva () Pediátrica.					
11- Você considera a disciplina de saúde coletiva ou saúde pública, importante para a formação profissional do fisioterapeuta.	1	2	3	4	5
12 - Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior.					

11-Você considera a disciplina de saúde coletiva ou saúde pública, importante para a formação profissional do fisioterapeuta..	1	2	3	4	5
12 - Comente sobre a escolha da resposta para a questão anterior.					
13 - Ao finalizar o meu curso de graduação sinto-me preparado para atuar nos serviços públicos de saúde.	1	2	3	4	5
14 - Comente a escolha da alternativa da questão acima justificando a sua resposta.					
15 - Fale a respeito da sua visão sobre o SUS.					
16- Qual é a sua visão sobre a assistência fisioterapêutica no SUS?					
17 - O que você considera importante para a capacitação do fisioterapeuta que irá trabalhar no SUS, a respeito das habilidades e competências necessárias para sua atuação?					

18- Como você explicaria a atuação do fisioterapeuta que trabalha na ESF (Estratégia de Saúde da Família)?

19- Para realizar um atendimento integral á saúde dos seus pacientes, quais técnicas você emprega?

20- Qual a sua percepção sobre a assistência fisioterapêutica no SUS hoje e para o futuro?

21- Utilize o espaço a seguir para realizar qualquer comentário, caso queira, a respeito dos temas abordados nesta pesquisa.

NESTE MOMENTO SOLICITO AO AVALIADOR QUE RESPONDA AS QUESTÕES PROPOSTAS ABAIXO CONFORME AS ORIENTAÇÕES REPASSADAS.

Para responder as questões assinalar uma única alternativa correspondente a legenda de respostas. Abaixo de cada item será disponibilizado um espaço caso o avaliador queira registrar algum comentário.

Os itens do instrumento serão avaliados quanto a sua clareza e pertinência. Em relação à clareza, deve-se avaliar a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir. Quanto à pertinência significa notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos e se são relevantes.

A tabela abaixo resume os conceitos que irão avaliar os itens.

- CT-** Concordo Totalmente
- CP -** Concordo Parcialmente
- NC/D-** Não Concordo, nem Discordo
- DP -** Discordo Parcialmente,
- DT -** Discordo totalmente.

- Objetivo específico a ser atingido com estes itens:
 - Identificar se os acadêmicos de Fisioterapia conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio

Item 2 - A integralidade como prática de atuação deve levar em conta as necessidades de saúde individuais ou coletivas (de um grupo) mesmo que estas necessidades não sejam iguais às da maioria.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 4 - O atendimento à saúde, baseado no princípio da integralidade, no nosso país, somente é praticado no sistema de saúde pública vigente, o SUS									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 6 - Os serviços privados de saúde estão habilitados a fornecer aos seus usuários atendimentos baseados no princípio da integralidade.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 7 - O fisioterapeuta no setor privado, prestando atendimentos particulares e a convênios, é capaz de realizar seus atendimentos baseando-se no princípio da integralidade.									

Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 8 - O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde capaz de prestar atendimento integral à saúde de seus pacientes.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 9 - Um atendimento integral á saúde do paciente somente é possível de ser praticado quando existe a atuação de uma equipe multidisciplinar.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 19 - Para realizar um atendimento integral á saúde dos seus pacientes, quais técnicas você emprega?									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									

- Objetivo específico a ser atingido com estes itens:
 - Verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem as diretrizes básicas de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Item 15 - Fale a respeito da sua visão sobre o SUS.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 16 - Qual é a sua visão sobre a assistência fisioterapêutica no SUS?									

Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 20 - Qual a sua percepção sobre a assistência fisioterapêutica no SUS hoje e para o futuro?									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									

- Objetivo específico a ser atingido com estes itens:
 - Verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Item 15 - Fale a respeito da sua visão sobre o SUS.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 16 - Qual é a sua visão sobre a assistência fisioterapêutica no SUS?									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 20 - Qual a sua percepção sobre a assistência fisioterapêutica no SUS hoje e para o futuro?									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									

- Objetivo específico a ser atingido com estes itens:

- Informações sobre a Formação Profissional.

Item 5 - Ao concluir o curso de graduação estarei apto a proporcionar atendimento fisioterapêutico em diferentes cenários e níveis de atenção à saúde.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 10 - Marque 05 campos de atuação da fisioterapia que você gostaria de atuar após completar a sua graduação.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 13 - Ao finalizar o meu curso de graduação sinto-me preparado para atuar nos serviços públicos de saúde.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 14 - Comente a escolha da alternativa da questão acima justificando a sua resposta.									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									
Item 17 - O que você considera importante para a capacitação do fisioterapeuta que irá trabalhar no SUS, a respeito das habilidades e competências necessárias para sua atuação?									
Este Item está Claro.					Este Item é Pertinente				
CT	CP	NC/D	DP	DT	CT	CP	NC/D	DP	DT
Comentários:									

AVALIANDO O INSTRUMENTO COMO UM TODO,**RESPONDA ASSINALANDO APENAS UMA ÚNICA ALTERNATIVA:**

A - O instrumento de coleta apresentado abrange de maneira adequada o conceito proposto de avaliar a concepção do acadêmico sobre a integralidade na fisioterapia.

- concordo totalmente,
- concordo parcialmente
- não concordo, nem discordo
- discordo parcialmente,
- discordo totalmente.

Existe mais algum conceito relacionado a este tema que gostaria de sugerir a coordenadora da pesquisa?

B - O tamanho do instrumento de coleta e a quantidade de itens é suficiente para alcançar os objetivos propostos pela coordenadora da pesquisa.

- concordo totalmente,
- concordo parcialmente
- não concordo, nem discordo
- discordo parcialmente,
- discordo totalmente.

C - os acadêmicos de fisioterapia, a amostra da pesquisa, não encontrarão dificuldades quanto a leitura e o entendimento das questões do instrumento de coleta em relação ao tema abordado.

- concordo totalmente,
- concordo parcialmente
- não concordo, nem discordo
- discordo parcialmente,
- discordo totalmente.

Deseja realizar mais algum comentário sobre o instrumento de coleta ou algum outro tópico relacionado ao assunto? Utilize este espaço.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO A – PARECER DO CEP DA UFVJM

	Comitê de Ética em Pesquisa	
PARECER CONSUBSTANCIADO		Nº de protocolo no Comitê: 047/12
<input type="checkbox"/> PROJETO DE PESQUISA		
<input type="checkbox"/> TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO		

I - Identificação:

- Título do projeto:** Concepções dos graduandos do curso de Fisioterapia da UFVJM em estágio supervisionado obrigatório sobre o princípio da atenção integral em saúde.
- Pesquisador responsável:** Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa - Discente do PPG Mestrado em Ensino em Saúde
- Instituição responsável pela realização:** Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
- Instituição/Local onde se realizará:** Clínica Escola de Fisioterapia/UFVJM
- Área de Concentração:** Ciências da Saúde
- Data de entrada no CEP:** 04/05/2012; ressubmissão em 05/10/12

II – Objetivos:

Objetivo Geral: Estudar a aplicação do princípio da atenção integral em saúde durante a prática de estágio dos acadêmicos de fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Objetivos Específicos:

- Identificar se os acadêmicos de Fisioterapia conseguem correlacionar a teoria e a prática do conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio.
- Verificar se o conceito de saúde pública é entendido e aplicado pelos acadêmicos de fisioterapia da UFVJM em suas práticas de Estágio.
- Verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem as diretrizes básicas de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).
- Verificar se os acadêmicos de fisioterapia da UFVJM conhecem o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).
- Identificar as metodologias empregadas pelos acadêmicos de fisioterapia da UFVJM para colocar em prática o conceito de Integralidade durante as suas práticas de estágio.
- Ofertar um breve curso de capacitação aos acadêmicos que cursam o 9º e o 10º período de fisioterapia da UFVJM, buscando uma reflexão sobre as diretrizes básicas das políticas de saúde que compõem o SUS focando o princípio da integralidade no atendimento em saúde e as metodologias que podem ser empregadas para promoção da saúde.

III- Sumário do projeto:

- Descrição e caracterização da amostra:** Participarão da pesquisa alunos voluntários do Curso de Fisioterapia da UFVJM, que estejam cursando o 9º e o 10º período. A amostra da pesquisa se constituirá por um N. de, aproximadamente, 20% dos alunos de cada período respectivamente, perfazendo um total aproximado de oito (08) alunos.
- Critérios de inclusão e exclusão:** Os critérios de **inclusão** na pesquisa serão os seguintes: a) os voluntários que irão participar da pesquisa deverão estar devidamente matriculados na Instituição de Ensino Superior (IES) mencionada; b) deverão estar em prática regular do estágio curricular obrigatório do curso. Como critério de **exclusão** será empregado o seguinte critério: acadêmicos do Curso de Fisioterapia que não estiverem devidamente matriculados na IES e que não estiverem em prática regular do estágio curricular obrigatório do curso, não poderão ser voluntários da pesquisa.
- Adequação da metodologia:** Será utilizado para coleta de dados um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. Nesse questionário estarão contidas questões abertas e fechadas referentes ao princípio da integralidade no atendimento em saúde do SUS. A pesquisadora estará presente no momento de preenchimento do questionário para quaisquer esclarecimentos. Participarão da pesquisa alunos voluntários do Curso de Fisioterapia da UFVJM, que estejam cursando o 9º e o 10º períodos. A amostra da pesquisa se constituirá por um N. de aproximadamente 20% dos alunos de cada período, respectivamente, perfazendo um total aproximado de oito (08) alunos.
- Adequação das condições:** Será realizado na Clínica Escola de Fisioterapia/UFVJM, que possui toda infraestrutura para a realização da pesquisa.

IV- Comentários do relator frente à Resolução nº. 196/96/CNS e complementares em particular sobre:

- Justificativa do uso do placebo (caso haja):** Não se aplica
- Justificativa da suspensão terapêutica (wash out):** Não se aplica
- Estrutura do protocolo:** O protocolo foi apresentado de forma completa, contendo a carta de encaminhamento, folha de rosto preenchida corretamente, projeto em CD e digitado, link do lattes do pesquisador e TCLE.
- Análise de riscos e benefícios:** O **risco** oferecido aos voluntários participantes será mínimo, porém, podem surgir situações que gerem algum tipo de constrangimento durante a coleta de dados. Para evitar essa situação os pesquisadores realizarão a identificação dos voluntários por meio de siglas, letras e números, preservando a identidade dos mesmos e o sigilo de suas informações. As informações fornecidas pelos voluntários permanecerão em todo tempo sob a guarda dos pesquisadores. Os dados obtidos durante as coletas serão utilizados, especificamente, para esta pesquisa. Como **benefício** os pesquisadores propõem aos voluntários e aos acadêmicos

Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rodovia MGT 367, Km 583, nº. 5000, Alto da Jacuba, CEP 39100000 - Diamantina MG - Brasil (38) 3532.1240 - <http://www.ufvjm.edu.br/pesquisa/cep.html>

do Curso de Fisioterapia da UFVJM, que estejam cursando o 9º e o 10º períodos, uma capacitação que acontecerá na quarta etapa de execução deste projeto, de acordo com os resultados obtidos, com o objetivo de proporcionar aos alunos uma oportunidade de debater sobre os temas abordados nesta pesquisa: as diretrizes básicas das políticas de saúde que compõem o SUS; o princípio da integralidade no atendimento em saúde e as metodologias que podem ser empregadas para promoção da saúde.

Adequação do consentimento e forma de obtê-lo: Adequado. As pesquisadoras irão recorrer à técnica de abordagem direta aos acadêmicos do Curso de Fisioterapia, do 9º e o 10º períodos, da UFVJM, para sensibilizá-los pela sua participação nesta pesquisa. Esse contato com os acadêmicos acontecerá nas dependências da Clínica-Escola de Fisioterapia, situada no Prédio da Fisioterapia, Campus JK - Rodovia BR 367 - Km 583, s/n, no Bairro Alto da Jacuba, em Diamantina/MG e está autorizado pela coordenação do curso. Durante a abordagem inicial os pesquisadores farão exposição dos objetivos e métodos utilizados na pesquisa, apresentando o TCLE ao voluntário; quando poderá sanar todas as suas dúvidas sobre a pesquisa. O voluntário receberá uma cópia do TCLE com todos os dados e contatos necessários para o seu esclarecimento.

Informação adequada quanto ao financiamento: Adequado. Esta pesquisa não necessitará de custeio para a sua execução. Os gastos projetados com os procedimentos serão minimizados em virtude de os equipamentos e instrumentos empregados serem de uso pessoal das pesquisadoras. Também não haverá a necessidade de aquisição de recursos tecnológicos para a sua execução. O local a ser utilizado para a capacitação dos graduandos será a sala de aula destinada ao programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Ensino em Saúde, cedida em empréstimo aos pesquisadores, com autorização da coordenação do programa. Os pesquisadores e voluntários que participarem desta pesquisa, em nenhum momento, receberão remuneração ou gratificação pela sua participação em qualquer etapa das atividades planejadas no projeto.

Lista de centros (para estudos multicêntricos): Não se aplica
 Outros:

V - Pendências:

I- Observações:

Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador que deverá também por sua assinatura na última página do referido termo.

VII - Motivos da não aprovação

VIII- Parecer Consubstanciado do CEP:

- APROVADO.** Receberá parecer e certificado do Comitê.
- PENDENTE.** Certificado do Comitê sujeito à resolução das pendências em tempo previsto.
- NÃO APROVADO.** Receberá apenas o parecer do CEP. Submeterá novo projeto ao Comitê.

Para projetos aprovados

- 1) Somente estará autorizado o início da pesquisa, após aprovação do protocolo pelo CEP.
- 2) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- 3) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- 4) O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- 5) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- 6) Relatório final deve ser apresentado ao CEP em agosto de 2013, ao término do estudo. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

IX- Data da reunião do CEP: 23 de Outubro de 2012.

Thais Peixoto Gaiad Machado
 Profª. Thais Peixoto Gaiad Machado, Ph.D.
 Coordenadora do CEP UFVJM

Prof. Dr. Thais Peixoto Gaiad Machado
 Coordenadora CEP UFVJM

Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rodovia MGT 367, Km 583, nº. 5000, Alto da Jacuba, CEP 39100000 - Diamantina MG - Brasil (38) 3532.1240 - <http://www.ufvjm.edu.br/pesquisa/cep.html>

ANEXO B – DOCUMENTO DE EMPRÉSTIMO DA SALA DE AULA DO PROGRAMA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA – MINAS GERAIS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



Diamantina, 19 de abril de 2012

A/C:
Wellington de Oliveira
Coordenador do Mestrado Ensino em Saúde da UFVJM

Ref.: Solicitação de empréstimo da sala de aula destinada ao programa

Prezado Coordenador,

Eu, Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa, aluna regular do Programa de Pós-graduação Strictu Sensu Ensino em Saúde da UFVJM, orientanda da prof Maria Luiza Rodrigues da Costa Neves, docente permanente do programa, venho por meio deste ofício, solicitar o empréstimo da sala de aula destinada a este programa que se localiza no pavilhão de salas do campus JK da UFVJM situada na rodovia MGT 367 – Km 583, Nº 5000, bairro Alto da Jacuba em Diamantina/MG. A sala de aula será utilizada para realizar a quarta etapa do projeto de pesquisa desta aluna, constituindo-se de um minicurso com os voluntários da referida pesquisa. Como não há data definida para realizar esta atividade, comprometo-me em agendar o uso da sala, em dia e horário que não coincidam ou prejudiquem as atividades correntes do cronograma vigente do programa.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos;

Atenciosamente,

Michelle C. S. A. Barbosa
Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa
michellcsalmeida@yahoo.com.br

*ciente e de acordo:
Wellington de Oliveira
Coord. do Programa Mestrado Ensino em Saúde.
Diamantina, 19 de abril de 2012.*

Endereço: Campus JK – Rodovia MGT 367 Km 583 nº 5000 – Alto Jacuba – Diamantina/MG
Telefone: (38) 3532-1242/1283/1284 E-mail: posgrad@ufvjm.edu.br
www.ufvjm.edu.br

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UFVJM PARA ABORDAGEM DOS DISCENTES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA – MINAS GERAIS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



Diamantina, 19 de abril de 2012

A/C:
Fábio Luiz Mendonça Martins
Coordenador do Curso de Fisioterapia da UFVJM

Ref.: Apresentação de Discente do Programa de Mestrado Ensino em Saúde

Prezado Coordenador,

Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa discente do Programa de Pós-graduação Strictu Sensu Ensino em Saúde da UFVJM e sua orientadora Dra. Maria Luiza Rodrigues da Costa Neves, solicitam a colaboração do curso de Fisioterapia da UFVJM permitindo o acesso e abordagem dos alunos do 9º e 10º semestre do curso de Fisioterapia, para executar a pesquisa intitulada CONCEPÇÕES ACADÊMICAS SOBRE OS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE DURANTE A PRÁTICA DO ESTÁGIO. O objetivo principal desta pesquisa é estudar o emprego do princípio da atenção integral em saúde durante a prática de estágio dos acadêmicos de fisioterapia da UFVJM. No que se refere aos aspectos éticos, esta pesquisa seguirá todas as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

A coleta será iniciada após a pesquisa receber parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da UFVJM. Os dados serão colhidos por meio de um instrumento de coleta elaborado pelas pesquisadoras e será submetido aos voluntários que concordarem com os termos da pesquisa. Os pesquisadores e voluntários não receberão nenhuma remuneração pelas atividades planejadas no projeto. Todas as informações obtidas pela pesquisa constituirão propriedade da UFVJM, a qual possuirá o direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em eventos e/ou periódicos científicos. Os dados obtidos durante as coletas serão utilizados especificamente para esta pesquisa.

Fábio Luiz Mendonça Martins



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA - MINAS GERAIS

PPPG

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em eventos e/ou periódicos científicos. Os dados obtidos durante as coletas serão utilizados especificamente para esta pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos pelos seguintes meios: a) subsidiará elaboração da dissertação junto a PRPPG da UFVJM, b) encaminhamento para revistas científicas na modalidade de artigo científico para publicação e c) encaminhamento para a própria instituição onde o estudo foi realizado para servir de subsídio para a discussão sobre a atenção integral em saúde. Os dados coletados serão mantidos em posse pelos pesquisadores por um período de cinco anos, iniciados a sua contagem a partir da defesa da dissertação. Encerrado este período os registros serão descartados pelos próprios pesquisadores. Coleco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Sem mais para o momento, agradeço a colaboração.

Atenciosamente.

Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa
Michelle Cristina Sales Almeida Barbosa
Aluna do PPG Ensino em Saúde da UFVJM

Maria Luiza Rodrigues da Costa Neves
Mária Luiza Rodrigues da Costa Neves
Orientadora e Docente permanente do PPG Ensino em Saúde da UFVJM

Ciente e de acordo.
Fábio Luiz M. Martins
Prof. Fábio Luiz M. Martins²
Depto. de Fisioterapia UFVJM
CREFITO 7307

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CLÍNICA ESCOLA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UFVJM PARA ABORDAGEM DOS DISCENTES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA – MINAS GERAIS

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA



Diamantina, 28 de setembro de 2012.

Ofício s/nº

A/C: Comitê de Ética em Pesquisa UFVJM

Ref.: Autorização de Uso das dependências da Clínica-Escola de Fisioterapia

Prezados Senhores,

Autorizo para os devidos fins, que o trabalho intitulado “Concepções dos Graduandos do Curso de Fisioterapia da UFVJM em Estágio Supervisionado Obrigatório sobre o Princípio da Atenção Integral em Saúde” seja desenvolvido nas dependências da Clínica-Escola de Fisioterapia.

Atenciosamente,

Ft. Marcílio Coelho Ferreira

Responsável Técnico da Clínica-Escola de Fisioterapia

Marcílio Coelho Ferreira
Responsável Técnico da Clínica Escola
de Fisioterapia da UFVJM
CREFTO 123877F

ANEXO E – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE

Programação da 1ª Semana da Saúde – 2013



19 de Junho (Quarta)

18h - Credenciamento e abertura

19h - Palestra: "Conhecendo a doença falciforme"
Euza Mara Rocha - Enfermeira Hemominas

20h30 - Palestra: "Atenção ao doente terminal"
Nádia Verônica Habolth - Médica e Docente da UFVJM

Local - Anfiteatro Campus I

20 de Junho (Quinta)

18h - Palestra: "Disfunção Temporomandibular e sua importância na área da saúde"
Professora Dra. Olga Dumont Flecha – DTM

19h - Palestra: "Acompanhamento multidisciplinar de pacientes sob quimioterapia e radioterapia"
Professora Dra. Ana Teresinha Marques Mesquita

20h - Palestra: "Farmacologia dos medicamentos Anti-Hipertensivos"
Professor Dr. Disney Olivier - Doutor em Ciências Biológicas pela USP

Local - Anfiteatro Campus I

21 de Junho (Sexta)

18h - Palestra: "A integralidade da atenção em saúde"
Michelle Almeida Barbosa – Mestranda em Ensino em saúde/UFVJM

19h - Palestra: "Experiência exitosa no cuidado multidisciplinar à saúde."
Professora Dra. Renata Aline de Andrade - Doutora em Ciências da Saúde pela FIOCRUZ

20h30 - Palestra: "Entendendo a Variabilidade da Frequência Cardíaca e suas aplicações nas diferentes práticas clínicas"
Rafael Leite Alves - Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória (UFMG)

21h30 - Coquetel de Encerramento

Local - Anfiteatro Campus I

Realização:



Apoio:



Patrocínio:



ANEXO F – CERTIFICADO DA PALESTRA

ANEXO F – CERTIFICADO DA PALESTARA

1ª **Semana** da Saúde

CERTIFICADO

Certificamos que MICHELLE ALMEIDA BARBOSA participou da 1ª Semana da Saúde – Integrando Serviços e Otimizando a Qualidade de Vida, realizada de 19 a 21 de junho de 2013, na Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como ministrante da palestra de tema “A Integralidade da Atenção em Saúde”.

Diamantina, 19 de Junho de 2013

Thaíze Gonçalves Pereira

Thaíze Gonçalves Pereira

Representante da Comissão Geral

Fernanda Dias Costa

Fernanda Dias Costa

Representante da Comissão de RH

