

**ANÁLISE CRÍTICA DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM BASE NOS
RELATOS DOS ESTUDANTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA**

Doracy Karoline Simões de Medeiros^a

Robson da Fonseca Neves^b

Resumo

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças na formação dos trabalhadores da saúde no Brasil, sobretudo, para atuar em contextos complexos como na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo foi realizar uma análise crítica dos significados dos discursos vivenciados pelos acadêmicos da disciplina de estágio em Saúde Coletiva do curso de fisioterapia da UFPB, sob a ótica dos princípios e diretrizes para a APS e dos processos que permeiam a prática formadora na graduação em fisioterapia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a aplicação da análise do discurso, orientada teoricamente pelos conceitos de interdisciplinaridade e integralidade. Os resultados revelam que os estudantes transportam para a APS o modelo flexneriano de ensino, apresentando dificuldades em operacionalizar atividades coletivas de forma interdisciplinar, vinculam a atenção integral aos casos de maior complexidade e apropriam-se de um discurso de integralidade que não se reflete na prática. Concluiu-se que a ideologia dominante na formação ainda é aquela que prima por graduar fisioterapeutas para servir às classes dominantes numa lógica hospitalocêntrica.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia. Pesquisa qualitativa. Instituições de Ensino Superior.

^a Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

^b Professor do Departamento de Fisioterapia da UFPB. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC/UFPB). robsonfisioba@gmail.com.br

Endereço para correspondência: Rua da Imbiribeira, n.º 18, Conjunto Anatólia, João Pessoa, Paraíba. CEP: 58052-100. dorinha.fisioufpb@gmail.com

CRITICAL ANALYSIS OF PRACTICES IN PRIMARY HEALTH CARE BASED ON THE REPORTS OF THE UNDERGRADUATE STUDENTS FROM THE COURSE OF PHYSIOTHERAPY

Abstract

The implementation of the SUS, The Unified Health System has brought changes in the training of health workers in Brazil, especially, to act in complex contexts such as the Primary Health Care (APS). The aim of this study is to analyze critically the meanings of the discourses experienced by undergraduate students attending the clinical practice of the subject Collective Health within the course of physiotherapy at the Federal University of Paraiba, Brasil (UFPB). This research was based on the APS field from the perspective of the principles and guidelines of SUS and from the criticism that permeates this scenario. This is a qualitative study, based on the method of discourse analysis, guided by theoretical concepts of interdisciplinarity and integrality. The results indicate that students carry into the APS the flexnerian model of teaching, showing difficulties in managing collective activities in an interdisciplinary way. They associate the Integral health care to more complex cases and take possession of the discourse of integrality that does not reflected into their practice. The results from this study show that the dominant ideology in education is still the one that prepares under graduate students of physiotherapy to serve the ruling classes in a hospital-centered care logistic.

Key words: Primary Health Care. Physical Therapy. Qualitative research. Higher Education Institutions.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON BASE EN LOS INFORMES DE LOS ESTUDIANTES DEL CURSO DE FISIOTERAPIA

Resumen

La implantación del Sistema Único de Salud (SUS) trajo consigo cambios en la formación de los trabajadores de la salud en Brasil, especialmente, para actuar en contextos complejos, como en la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de este estudio fue analizar de forma crítica los significado de los discursos vivenciados por los académicos de de la disciplina de práctica en Salud Colectiva del curso fisioterapia de la UFPB, dentro de la óptica de los principios y directrices para la APS y de los procesos que traspasan la práctica formadora de la graduación en fisioterapia. Se trata de una investigación cualitativa, con

base en el método de análisis del discurso, orientada teóricamente por los conceptos de interdisciplinariedad e integralidad. Los resultados revelan que los estudiantes transfieren para la APS el modelo flexneriano de enseñanza, presentando dificultades en la operacionalización de actividades colectivas de forma interdisciplinar, vinculan la atención integral a los casos de mayor complejidad y se apropian de un discurso de integralidad que no se refleja en la práctica. Se concluye que la ideología dominante en la formación, todavía es aquella que prima por graduar fisioterapeutas para servir a las clases dominantes dentro de una lógica hospitalocéntrica.

Palabras-Clave: Atención Primaria de Salud. Fisioterapia. Investigación cualitativa. Instituciones de Enseñanza Superior.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é oficializado e os seus princípios são estabelecidos pelas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre seus princípios, destacam-se a universalidade ao acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a equidade na assistência à saúde, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa.¹ Suas ações são reguladas pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e, recentemente, pelo Pacto pela Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica cumpre um importante papel no processo organizativo que visa a efetivação do SUS. A Atenção Primária à Saúde (APS) define-se como um conjunto de ações de saúde, individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Doutrinariamente, trabalha na perspectiva do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, focando suas ações em um território e sobre uma população adscrita,¹ e deposita, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a possibilidade de reorganização do sistema de saúde no Brasil pelo estímulo à participação da comunidade no controle social, planejamento, execução e avaliação das ações em saúde nos territórios.¹

Nesse contexto histórico e político, intensificaram-se os movimentos voltados para a modificação dos projetos político-pedagógicos dos cursos na área de saúde e em áreas afins.² Motivados, sobretudo, pela possibilidade de uma conformação educacional em saúde, que, dentre outras coisas, abarque a complexidade dos determinantes sociais da doença para a atuação em saúde.³

A partir de 1990, com mais força, em razão da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n.º 9.394/96, foram aprovadas, no ano de 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), atendendo às reformulações e pressões internas e externas das instituições de formação. Essas mudanças priorizam uma formação humanista, crítica e reflexiva, que seja generalista e orientada por princípios éticos, independente do nível de atenção à saúde.⁴

Reconhecendo a responsabilidade da universidade na formação profissional voltada para a resolução dos problemas e necessidades sociais, não se deve desconsiderar que a força do projeto neoliberal tem elementos para atingir o ensino superior, neutralizando-o como campo de formação crítica, reflexiva e transformadora.⁵ Assim, admite-se que a reforma educacional não acontece isoladamente; ela é tida como um processo de mudança que se dá nos marcos do capitalismo, por meio dos acordos internacionais com as esferas públicas que trazem legitimidade aos processos de reformas educacionais promovidas no Brasil, sendo o marco referencial da adesão do Brasil a assinatura da agenda internacional da educação na Conferência Mundial de Educação para Todos, que ocorreu em Jontiem, na Tailândia, em 1990. Esses acordos são gerados pelas agências financeiras, principalmente o Banco Mundial e, portanto, passíveis de críticas quanto à ideologia educacional que trazem junto com os financiamentos.⁶

Estudo que se apoia nas ideias de Althusser chama a atenção para o fato de que a educação pode assumir uma função reprodutora das desigualdades sociais e contribuir para a manutenção da estrutura social capitalista, constituindo-se, portanto, em aparelho ideológico do Estado.⁷ Esta afirmativa comunga com o entendimento de que alguns dos impasses vividos pela Universidade no Brasil estão ligados à própria história dessa instituição, que foi criada não para atender às necessidades da realidade da qual faz parte, mas pensada inicialmente e aceita como um bem cultural oferecido às minorias.⁸ Portanto, urge repensar criticamente o processo de formação adotado pelas universidades, lançando um olhar minucioso sobre as práticas da formação nos cursos que elas oferecem à população.

O Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) passou por uma mudança curricular em 2005 respaldada nas DCNs. Considerando essa reestruturação na formação da fisioterapia nessa Universidade, cabe indagar se a formação do referido curso contempla as diretrizes da APS propostas pelo SUS. Para isso, tomamos como referência o estágio em Saúde Coletiva, no qual o estudante insere-se no campo de práticas da APS e suas ações estão voltadas para a aplicação do que já vivenciou na graduação, sobretudo, naquilo que guarda relação com os cuidados a indivíduos e grupos populacionais nos lugares onde vivem e se relacionam.

Nesta perspectiva, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise crítica dos significados dos discursos vivenciados pelos acadêmicos da disciplina de estágio em Saúde Coletiva do curso de fisioterapia da UFPB, sob a ótica dos princípios e diretrizes para a APS e dos processos que permeiam a prática formadora na graduação em fisioterapia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que tomou como fonte de informação os documentos no formato de relatórios denominados Registros Diários de Atividades (RDAs) produzidos pelos estudantes do curso de graduação de Fisioterapia da UFPB, que cursaram a disciplina Estágio II, referente à prática profissional supervisionada na APS, no ano letivo de 2008. Nestes relatórios são registradas as práticas do fazer fisioterapêutico no âmbito da APS e as reflexões geradas no vivenciar das experiências. Os RDAs eram realizados em um formulário semiestruturado, no qual constavam as seguintes informações: atividades desenvolvidas, objetivos, metodologia aplicada, público, resultados, tempo/duração e reflexões e impressões. Esses relatos foram eleitos como fonte principal de informação, pois tratam da prática no âmbito da formação na APS e, por isso, trazem discursos que retratam os significados e permitem uma abordagem crítica sobre a formação no curso de fisioterapia da UFPB. Foram analisados 306 RDAs escritos por 27 estudantes, sendo 20 estudantes do primeiro semestre de 2008 e 7 estudantes do segundo semestre de 2008. Em ambos os semestres, os estudantes desenvolviam as mesmas propostas de atividades nas mesmas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

A técnica de análise documental tem seu ponto de partida na mensagem, seja ela oral ou escrita, gestual, silenciosa, figurativa, documental ou provocada, que sempre expressa um significado ou sentido que não pode ser considerado um ato isolado, e compreende: selecionar e organizar o material, fazer leitura dos textos, elaborar matrizes de análise por meio da categorização dos discursos dos textos, tomando como referência as categorias de análise.⁹

Para possibilitar a análise dos dados, as atividades relatadas foram divididas em atividades realizadas em grupo, correspondendo às atividades educativas e/ou de promoção e prevenção à saúde. Eram realizadas com estudantes do ensino fundamental de uma escola municipal da comunidade, com um grupo de idosos que frequentavam a igreja evangélica da comunidade, em um programa radiofônico realizado na rádio comunitária e em visitas domiciliares, que correspondiam ao atendimento fisioterapêutico de pacientes encaminhados pelas UBSs. As atividades em grupo eram idealizadas e concretizadas

por dois ou mais estudantes da disciplina e as visitas domiciliares eram realizadas individualmente ou em dupla.

As categorias analíticas *interdisciplinaridade* e *integralidade* foram tomadas a priori e formaram o quadro conceitual deste trabalho. Dos relatos escritos dos informantes, foi possível extrair como categorias êmicas: a interdisciplinaridade vista como suporte ao trabalho multidisciplinar; a interdisciplinaridade reduzida a encontros rápidos por meio de diálogos; a integralidade como resposta à complexidade e uso do jargão “integralidade”.

O conceito de interdisciplinaridade está pautado na ação que se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração das disciplinas no interior de um projeto comum em que ocorra convergência, depois de comparar e julgar as opiniões. Esse conceito traz uma noção diferente de uma ação multidisciplinar e pluridisciplinar, em que o agrupamento acontece de maneira intencional ou não de conhecimentos, sem que haja uma busca de objetivos comuns.¹⁰

Estudo que reflete sobre os sentidos da integralidade define-a sob três aspectos: no trabalho de um profissional da saúde, em ir além das demandas explícitas relacionadas a um sofrimento, a uma necessidade de saúde, buscando outras necessidades que não se reduzam a abolir o sofrimento gerado por uma doença; na organização do trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, articulando demanda espontânea e demanda programada numa perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e os modos de perceber as necessidades de serviços de saúde; e no que cabe ao governo, que deve responder aos problemas de saúde pública de incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais.¹¹

Neste trabalho, abordar-se-á a noção de integralidade que permite que as pessoas sejam vistas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora, levando em consideração as dimensões biológica, psicológica e social, baseando-se na teoria holística, integral, que considera o homem um ser indivisível cujos componentes físico, psicológico ou social não podem ser explicados separadamente.¹² Este pressuposto permitiu relacionar os registros de campo com o quadro de referência adotado.

A análise do material coletado foi feita com base na Análise do Discurso, que considera o sujeito, sua historicidade e o modo como a linguagem foi produzida. Tomando como referência não o momento atual, em que acontece a comunicação, mas também suas relações com o que tinha sido antes, não despreza as condições sociais e a história dos sujeitos.¹³ Desta forma, seu uso neste trabalho ajuda na caracterização das inscrições

ideológicas que coexistem nas diferenças sociais presentes nas produções discursivas dos sujeitos. A Análise do Discurso coloca o pesquisador, reflexivamente, numa relação menos ingênua da linguagem, entendendo que não existe neutralidade no uso mais claro do discurso, comprometendo-o, deste modo, com esferas materiais e não materiais da vida em sociedade.¹⁴

Esta pesquisa está em conformidade com resolução do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para assegurar a confidencialidade e manter em sigilo a identidade dos autores dos relatos foram utilizados códigos no corpo do trabalho final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias analíticas interdisciplinaridade e integralidade subsidiaram a organização dos resultados apresentados a seguir com base nas categorias êmicas interdisciplinaridade vista como suporte ou trabalho multidisciplinar, interdisciplinaridade reduzida a encontros rápidos por meio de diálogos, integralidade como resposta à complexidade, uso do jargão “integralidade”.

INTERDISCIPLINARIDADE VISTA COMO SUPORTE OU TRABALHO MULTIDISCIPLINAR

O estágio de fisioterapia não se configura como um trabalho interdisciplinar. Entretanto, será que podemos considerar as atividades realizadas em conjunto com os trabalhadores da Equipe de Saúde da Família (ESF) e/ou com estudantes de outros cursos como uma ação interdisciplinar?

No cenário em análise, as atividades coletivas com atores de outros cursos e/ou trabalhadores das UBSs da comunidade aconteceram de forma pontual, representadas por atividades específicas atreladas a programas de prevenção e proteção à saúde da população, como dia de prevenção à dengue, campanhas de vacinação, dentre outras. Essas atividades que clamavam por uma aglutinação de quantitativo de força de trabalho só se estabeleciam diante da emergência de um problema pontual, como a chegada do verão eo aumento do número de casos de dengue. Também por força do calendário, que estabelecia dias específicos para tratar de questões pontuais, como o dia internacional da mulher, dia nacional de vacinação contra a pólio etc. Caracterizavam, portanto, um ajuntamento com conotação utilitarista da força de trabalho, em detrimento da necessidade percebida pelos profissionais e estudantes das diversas áreas da saúde em articularem os saberes para produzir uma agenda de saúde para aquela população.

Nesse sentido, o que se apreendeu foi que os atores ligados ao estágio na APS (profissionais da ESF, estudantes de outros cursos e docentes) associam-se momentaneamente no cumprimento de processos de trabalho coletivos, restringindo-se apenas a ações de cooperação no momento de desenvolvimento das atividades e ações propostas sob o nome da interdisciplinaridade. O recorte a seguir representa bem esta estruturação, pois retrata a movimentação em torno de uma ação multiprofissional de combate à dengue, na qual os envolvidos não compartilharam um planejamento prévio e conjunto para a sua definição.

“Ao chegarmos na UBS fomos convidados para participar de uma campanha que aconteceria nas ruas do bairro naquele dia [...] todos se dirigiram para a UBS-I, onde a ESF das três unidades e o professor e os estudantes do módulo horizontal de medicina estavam reunidos. Nos juntamos a eles e saímos em direção à Escola Tarcila.” (E7 e E8 – 4/6/2008 – Ações de combate à dengue).

Reconhece-se que, sobretudo nas ações coletivas, a dialogicidade e a troca de saberes são ferramentas capazes de potencializar o fazer da interdisciplinaridade, desde que haja espaço para o envolvimento do outro no planejamento e na execução das atividades numa esfera de igualdade e solidariedade promovida pelo respeito à validade do saber que o outro possui.

“A participação da acadêmica de nutrição permitiu um debate mais amplo [...] A participação da acadêmica de nutrição foi muito interessante, pois ampliou a discussão e possibilitou uma ação interdisciplinar junto ao grupo de idosos.” (E3 e E4 – 16/6/2008 – Atividades educativas com o grupo de idosos da comunidade).

Trabalho que pretende apresentar uma tipologia e um conceito de atividade em equipe distingue duas situações: a equipe agrupamento, em que há a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, caracterizando um trabalho multidisciplinar; e a equipe integração, em que há a articulação das ações e a interação dos agentes. Estão presentes em ambas as diferenças entre os trabalhos especializados, havendo diferença quanto à interação. A interação na equipe integração ocorre por meio da prática de argumentação da técnica que não somente compartilhe premissas técnicas, mas, sobretudo, um horizonte ético, caracterizando, assim, um trabalho interdisciplinar.¹⁵

Um fato que influencia diretamente no aparecimento dessa justaposição de ações sem um caráter idealizador convergente é a formação acadêmica que os estudantes receberam durante seu processo formativo nas graduações ainda voltada para o modelo flexneriano.¹⁰ O modelo econômico neoliberal-capitalista encontrou sólido alicerce na proposta biologicista-privatista, que privilegiou o tecnicismo em detrimento de ações comunicativas conforme propõe estudo que discute conceito e tipologia da equipe multiprofissional de saúde.¹⁵

Outros aspectos contribuem para explicar a dificuldade de efetivação de uma noção e a prática da interdisciplinaridade, como mostra o fragmento a seguir sobre a prática da formação na enfermagem:^c

Ainda que os professores acreditem que há integração entre os cursos, esta é caracterizada por uma integração tradicional, com prerrequisitos fortemente identificados e conteúdos bem limitados pelos cursos. Nestes casos, afirmamos que os conceitos de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade ainda não têm considerado ou não são elaborados pelos docentes, mostrando-se uma falta de integração no processo de formação do enfermeiro.^{16:5-6 (tradução nossa)}

INTERDISCIPLINARIDADE REDUZIDA A ENCONTROS RÁPIDOS POR MEIO DE DIÁLOGOS

Os estudantes interagem com os membros da equipe da UBS em relação aos pacientes que atendem em domicílio por meio, basicamente, de encontros em que possam extrair mais informações a respeito dos usuários doentes e falar de como o tratamento fisioterapêutico tem se incorporado à rotina do paciente, ou mesmo repassando informações sobre a forma de atuação da fisioterapia. Esses encontros, portanto, ficam limitados a momentos de troca de informações de base técnica e unilateral. Tal procedimento afasta a possibilidade de criação de projetos terapêuticos compartilhados e permeados pelos diversos saberes.

“Pelo fato de ficarmos conhecendo o usuário JC apenas agora, concluímos que as ACSs não conhecem os campos que a fisioterapia pode atuar. Avaliamos, dessa

^c A pesar de que los docentes consideran que existen integración entre los cursos, esta se caracteriza por una integración tradicional, con prerrequisitos fuertemente identificados, y contenidos bien delimitados en y por cursos. En estos casos, afirmamos que los conceptos de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad, aún no se tienen em consideración o no están elaborados por los docentes, mostrándose una falta de integración dentro del proceso de formación del enfermeiro.

forma, a necessidade de uma conversa com as ACSs.” (E5 e E6 – 21/7/2008 – Atendimento fisioterapêutico domiciliar).

“Hoje senti falta de mais informações sobre o estado do paciente que acompanho [...] Antes da visita, conversei com a ACS e ela me tranquilizou, afirmando ter visitado JGS e seu estado estar melhor em relação a minha última visita.” (E9 e E10 – 16/6/2008 – Atendimento fisioterapêutico domiciliar).

Outro aspecto importante presente nos relatos é que os estudantes acabam também por reduzir a ação interdisciplinar à atualização do prontuário. Entende-se esta ação como de fundamental importância para a comunicação no trabalho dentro de uma equipe multidisciplinar que pretende desenvolver a prática interdisciplinar. Questiona-se, no entanto, a validade do prontuário como agente de interação entre os profissionais, uma vez que as anotações feitas são geralmente técnicas, focadas no conhecimento biológico da doença e escritas dentro de uma lógica que preza a linguagem acadêmica inscrita nos cânones da biomedicina, que, invariavelmente, marca posições de poder na condução dos casos e do cuidado com as famílias, excluindo profissionais importantes, como o agente comunitário de saúde (ACS), o técnico e o auxiliar de consultório dentário (ACD).

“A busca de informação através dos prontuários foi frustrada, já que o mesmo encontrava-se bastante desatualizado... É notável a falta de diálogo e de interdisciplinaridade.” (E11 – 5/2/2009 – Atualização da evolução fisioterapêutica nos prontuários da UBS).

Apesar da comunicação entre os diferentes atores que compõem a equipe ser denominador comum do trabalho integrado, pois a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam pela mediação simbólica da linguagem,¹⁵ a interação entre disciplinas não pode ser confundida com a simples troca de dados, situação comumente observada em encontros entre especialistas. Para se realizar, esta interação necessita romper as fronteiras disciplinares, por meio das relações de interdependência e de conexões recíprocas.¹⁷

As desigualdades entre os trabalhadores de uma equipe referem-se à existência de valores e normas sociais que hierarquizam e disciplinam as diferenças técnicas entre as profissões, criando relações hierárquicas.¹⁵ Os diferentes profissionais tendem a reproduzir as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da

divisão e da recomposição dos trabalhos. Terminam partilhando um valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos à assistência médica individual.¹⁵ Processo semelhante de valorização de atuação individualizada e fracionada em especialidades marcaram historicamente a reabilitação física.

A fisioterapia, no curso de sua história no Brasil, vinha dedicando-se prioritariamente à assistência no nível secundário e terciário, objetivando a cura de determinadas enfermidades e/ou a reabilitação de sequelas e complicações. Assim, seu objeto de intervenção tem sido o sujeito individualizado, quando não apenas partes ou órgãos isolados de seu corpo. Esta prática constitui-se como reflexo do processo de formação que primava pela fragmentação do corpo a fim de formar especialistas. Além disso, o fisioterapeuta vem, ao longo dos anos, trabalhando como profissional autônomo, com atividade desenvolvida quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais, e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético.¹⁸ Os aspectos anteriormente citados e estes ajudam a conformar um modelo de racionalidade na comunicação interprofissional que opera no campo técnico-científico apenas. Entretanto, a ação no SUS, sobretudo na APS, requer um novo agir e este, do ponto de vista da comunicação, deve primar por dar conta da complexidade que envolve a produção de cuidado na APS. A formação profissional mantém estreita relação com o mundo do trabalho. Deste modo, as necessidades, demandas e exigências do mercado do trabalho, geradas pela reestruturação produtiva, influenciam a formação profissional.⁵ Assim, processos de trabalho ditados pelas exigências do mercado, mediados por alcance de indicadores de produtividade e reversão a todo custo da realidade epidemiológica podem influenciar de forma substancial nos processos de diálogo e dificultar os processos de interação necessários à efetivação de ações interdisciplinares mediadas pelo diálogo.

Para além dos encontros rápidos por meio do diálogo ou do trabalho multiprofissional é necessário plantar a ideia de que a interdisciplinaridade não anula as formas de poder que todo o saber comporta. Ao contrário, ela clama pela disponibilidade para partilhar um saber e um poder que se tem consciência de não ser proprietário, de não ocultar o seu próprio saber, mas de torná-lo discursivo e acessível à compreensão de outros.¹⁷

INTEGRALIDADE COMO RESPOSTA À COMPLEXIDADE

Por um lado, foi observado nos relatos que só diante de casos mais complexos busca-se uma ação e um olhar mais integral. Do mesmo modo, os casos que necessitam de

mais esforços da equipe, de apoio de outros profissionais, de ação de outros setores tornam-se emblemáticos para quem atua na comunidade, como se os casos de mais fácil resolução não precisassem de uma abordagem mais ampla e que contemplasse vários olhares e saberes.

Por outro lado, os estudantes intuem a importância da abordagem integral dos sujeitos, apesar de nem sempre conciliá-la com a prática. Este desencontro entre a necessidade teórica e a efetuação prática fica mais evidente na relação com as famílias e com os doentes em seu domicílio. Os acadêmicos percebem que a fisioterapia sozinha, com seu conjunto de técnicas e procedimentos, torna-se insuficiente frente a demandas como: problemas na estrutura domiciliar de atendimento, barreiras geográficas para uma assistência mais efetiva, outras demandas de ordem socioeconômica e das relações do cuidado envolvendo a família, além do parco ou mesmo ausente suporte técnico assistencial por parte de outros trabalhadores em saúde no território de abrangência.

“O estágio II será desafiador por conta do caso de D.R. Através dela irei aprender o que é saúde coletiva, e tudo o que ela aborda. Já que tratar de D.R. não é ver só seu quadro de hemiplegia; é observar onde ela dorme e como ela passa o seu dia; é ver como é sua relação com os cuidadores e também acompanhar os cuidadores que possuem uma carga de responsabilidade muito grande.” (E11 – 10/11/2008 – Atendimento fisioterapêutico domiciliar).

“Ao mesmo tempo que parece que estamos de ‘mãos atadas’ diante do caso, percebemos que a parceria com a ESF é de extrema importância para providenciar alguns encaminhamentos para este caso que possui múltiplas facetas. Tem sido uma experiência desafiadora e rica, onde podemos ver na prática um dos princípios do SUS, a integralidade, indo desde o diálogo com a ESF, até a percepção da dinâmica familiar e ambiental do paciente.” (E7 e E8 – 14/7/2008 – Atendimento fisioterapêutico domiciliar).

A implantação da UBS favorece a equidade e universalidade da assistência, pois as equipes localizam-se no território das comunidades. Com isso, um requisito da formação passa a ser mais amplamente exigido, que é a necessidade de comprometer-se com o território e com o melhor entendimento dos seus determinantes no processo saúde-doença, ou seja, o olhar do profissional deve ser mais alargado, para ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando alcançar necessidades mais abrangentes.¹⁹

A integralidade no nível primário é exemplificada em estudo com ações que deverão ser utilizadas em intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo destinadas a atender aos problemas da população e que envolvem determinação múltipla, necessitando de um conhecimento diversificado dos profissionais, pois se trabalha segundo a lógica da multicausalidade.¹²

Nesse sentido, os relatos analisados do curso de fisioterapia apontam para uma potência inegável no que tange à formação do estudante, por conceber um estágio semestral totalmente voltado para um nível de atenção em queo estudante pode, efetivamente, atuar e problematizar a sua atuação ao vivenciar alguns princípios que regem o SUS. Por outro lado, esse mesmo curso expõe uma fragilidade, que é a baixa inserção, nas etapas iniciais do graduando do curso, na realidade que compõe o cenário da APS e, com isso, o enfraquecimento do debate teórico que esta experiência pode suscitar.

Um importante desafio para a integralidade são as concepções de educação que perpassam a prática do ensino e repercutem na forma como são organizados e desenvolvidos os conteúdos curriculares durante a formação. O currículo é focado em objetivos e conteúdos com uma abordagem por áreas de competências e suas práticas enfatizam a memorização e a reprodução de conhecimentos, colaborando para uma formação pouco eficiente para lidar com a complexidade que a integralidade requer.²⁰ Sendo assim, é preciso considerar e construir alternativas que permitam o rompimento com a valorização dos procedimentos e normatizações técnicas em detrimento da valorização dos sujeitos e de seus saberes e práticas com o objetivo de construir a integralidade do cuidado.

Deste modo, entende-se que o processo de formação do profissional da saúde, além do aprendizado biológico, precisa estar atrelado à realidade da população. Isto é necessário, para que, identificados os diversos fatores causadores dos problemas de saúde, seja possível passar-se de uma prática puramente intervencionista para outra que contribua para o processo de autonomia dos usuários e participação social, e também para o fortalecimento dos vínculos entre os diversos profissionais e a população assistida.²¹

Estas questões trazem à tona a problemática das universidades, atualmente consideradas espaços de contradições. Nelas coexistem práticas que alimentam, consolidam e perpetuam as desigualdades sociais e os vínculos de dependência impostos às classes menos favorecidas, bem como se apresentam como espaços que proporcionam o questionamento da ordem estabelecida, repensando seu modelo de produção do conhecimento, objetivando a construção coletiva, junto às classes populares, em defesa de um projeto libertador, que garanta aos sujeitos a autonomia e a conscientização necessárias para imprimir uma dinâmica

social diferenciada. Este potencial pode ser usado criticamente a favor de uma proposta de integralidade que responda aos anseios que se espera da universidade.²²

A efetivação do princípio da integralidade é também colocada em questão, do ponto de vista da sua viabilidade, já que, de forma mais abrangente, não se pode esquecer que, na sociedade capitalista, a saúde também faz parte de uma cadeia produtiva, o que tem conduzido a uma crescente desumanização das relações sociais de um modo geral. Essa desumanização constitui-se pela alienação, em que o homem não se reconhece mais no objeto que o seu trabalho produz, nem esse trabalho contribui para o seu pleno desenvolvimento e satisfação plena de suas necessidades.²³

USO DO JARGÃO “INTEGRALIDADE”

Por estarem no estágio supervisionado em saúde coletiva, os estudantes incorporam ao seu discurso frases que remetem ao conceito ampliado de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Divulgado em 7 de abril de 1948, Dia Mundial da Saúde, o conceito de saúde é assim enunciado: “[...] é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.^{24:37} Esse discurso, porém, muitas vezes, engessa a prática profissional e não se traduz em ações concretas nas dimensões da vida das pessoas e da sociedade, uma vez que trabalha com uma perspectiva reconhecidamente utópica de saúde. Atualmente, lida-se também com termos em saúde cuja empregabilidade prática tem adquirido *status* de utopia, ou mesmo tem se transformado em jargões de comunicação para facilitar a entrada e a identidade em espaços específicos como na APS.

“A visita às famílias, ao domicílio do paciente, nos permite vê-lo de maneira mais integral, não apenas focada em determinada patologia, mas também nas condições familiares, sociais, econômicas, culturais.” (E7 e E8 – 26/5/2008 – Atendimento fisioterapêutico domiciliar).

“Avaliar a usuária do serviço [...] desde suas condições físicas e fisiológicas até o ponto de vista socioeconômico-cultural e suas condições de moradia.” (E12 – 30/10/2008 – Atendimento fisioterapêutico domiciliar).

Ao trabalhar numa população adscrita, uma equipe tem plenas condições de efetivar a integralidade, porém do discurso para a prática das ações há um longo caminho,

tendo como resultado a reprodução de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde da família.²⁵ Portanto, há de se considerar, na formação em saúde, a despeito das mudanças em curso, que o enfoque principal ainda é biológico, como se vê nas disciplinas iniciais do curso de fisioterapia da UFPB, tais como anatomia, fisiologia, patologia, entre outras. Esta realidade cria a necessidade do compromisso das instituições de ensino em modificar estas representações sem desprezar o aspecto biológico e, por sua vez, tentar encontrar o ponto de equilíbrio para a transformação desses referenciais na prática profissional.²⁶

A organização curricular dos cursos de fisioterapia no Brasil, bem como sua estrutura e metodologia de ensino, ainda demoram a passar de um discurso escrito no projeto político para uma prática baseada nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde. As análises situacionais desses cursos possibilitaram deliberar-se como referência de qualidade na graduação em fisioterapia no Brasil, com base na Carta de Vitória, de 2004, que os currículos devem passar por uma adequação às necessidades regionais e também contemplar experiências práticas desde os períodos iniciais do curso, de forma a preparar o aluno para o estágio curricular, oportunizando a atuação fisioterapêutica em atenção primária, secundária e terciária, de forma equilibrada. Devem, igualmente, estimular a prática dos docentes fisioterapeutas que ministram disciplinas para o curso de graduação em fisioterapia de contemplar em seus conteúdos elementos e conceitos da vida social.²⁷ Mais que isso, é preciso dotar os conteúdos estudados teoricamente da construção histórica que os permeiam, para que, de fato, se alcance uma visão crítica e ampliada dos temas relacionados a saúde e se incorpore uma prática em saúde condizente com sua complexidade.²⁸

Trazer elementos da cotidianidade para a formação constitui-se em elemento de interesse, pois dão respaldo legal para que a prática seja estruturada na realidade e não em jargões ou frases prontas que não produzem ações para a vida das pessoas e comunidades. Por outro lado, esta regulamentação não traz garantias suficientes da efetivação da prática de integralidade que extrapole o discurso, uma vez que o fisioterapeuta, trabalhador da saúde, leva consigo para a APS seus territórios existenciais, ou seja, referenciais que formam sentidos e identidades para ele como sujeito, algumas adquiridas e fortalecidas no seu próprio processo de formação.²⁹

Desse modo, são necessários processos de desterritorialização e reterritorialização, tratando-se aqui de acontecimentos que agenciam mudanças nos atores, quer sejam professores, alunos ou profissionais, para colocarem entre parênteses seus processos anteriores de experiência na formação para a saúde e reterritorializá-los

para buscar modos de (re)significar as práticas nos territórios com vistas à integralidade, passando do discurso acadêmico vazio para uma práxis desses conceitos nas experiências concretas da formação em fisioterapia para a APS.²⁹ Por isso, é fundamental o papel da universidade na reconstrução dos saberes produzidos e das práticas pedagógicas para a produção de conhecimentos críticos e significativos e não só a reprodução de conhecimentos hegemonicamente estabelecidos.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos dos estudantes parecem revelar que não há um entendimento sólido do fato de que o processo saúde-doença é resultado das condições materiais e produz mudanças que ultrapassam a educação, alcançando também os processos políticos, sociais e econômicos que abarcam a ideia de equidade e da humanização no trabalho em saúde. Ter esta compreensão pode tornar o trabalho mais solidário e possibilitar a construção de abordagens na saúde e na formação que resultem na atenção integral ao sujeito com ações e objetivos coletivos.

Portanto, reconhece-se a necessidade de processos formativos que conjuguem interesses distintos com vistas à aprendizagem pela própria prática nos territórios, contando com questões problematizadoras que possam funcionar como elementos capazes de provocar mudanças nos conhecimentos sedimentados de processos formativos em uma lógica diferente e contraditória a que se deseja no SUS. Deve-se ter em vista a produção de novos conhecimentos que, ao pôr entre parênteses os conhecimentos sedimentados descritos, produzam um conhecimento que se abra para as demandas que a complexidade do trabalho na APS exige.

Neste sentido, advoga-se que as práticas ditas interdisciplinares e de integralidade precisam ser repensadas e seus conceitos fundamentais merecem ganhar notoriedade nos debates nas fases iniciais dos cursos de graduação em fisioterapia, tal como acontece com os conceitos de outras disciplinas desse campo, como a anatomia, a fisiologia e cinesiologia etc. Isto é necessário, para que a formação para o SUS seja uma realidade contínua e progressiva na carreira estudantil na graduação em fisioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília (DF); 2007.

2. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec;2006. p.149-82.
3. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2005;9(16):53-66.
4. Mourão LC, Martins RCB, Vieira CM, Rossin E, L'abbate S. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. *Educ Soc.* 2007;28(98):181-210.
5. Catani AM, Oliveira JF, Dourado LF. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular nos cursos de graduação no Brasil. *Educ Soc.* 2001;22(75):67-83.
6. Silva HLF. Reformas educacionais neoliberais no Brasil e a negação da cidadania dos trabalhadores docentes. *Inter-ação: rev fac educ UFG.* 2008;33(1):193-217.
7. Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: ISC; 2002.
8. Fávero MLA. A universidade no Brasil: das origens à reforma universitária de 1968. *Educar.* 2006;28:17-36.
9. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 3.^a ed. Brasília: Líber Livro; 2008.
10. Santos MAM, Cutolo LRA. Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arq Catarin Med.* 2003;32(4):65-74.
11. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.
12. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc saúde coletiva.* 2003;8(2):569-84.
13. Frasson CB. Análise do discurso: considerações básicas. *Cad Fucamp;* 2007.
14. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e fundamentos. 3.^a ed. Campinas: Pontes; 2001.
15. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *RevSaúde Pública.* 2001;35(1):103-9.
16. Pinto JBT, Pepe AM. La formación del enfermero: contradicciones y desafíos de la práctica pedagógica. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15(1):1-8.

17. Amorim DS, Gattás MLB. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina*. 2007;40(1):82-4.
18. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2009;16(3):655-68.
19. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2005;9(16):39-52.
20. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev bras Enferm*. 2006;59(4):488-91.
21. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev bras Educ Méd*. 2007;31(3):278-86.
22. Jezine E. Estado, neoliberalismos e a crise das universidades. In: Jezine E. A crise da Universidade e o compromisso social da extensão universitária. João Pessoa: EDUFPB; 2006. p.75-138.
23. Kantorski LP. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. *Rev Latino-Am Enferm*. 1997;5(2):5-15.
24. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):29-41.
25. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2004;8(15):259-74.
26. Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Guitiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *RevEscEnferm*. 2006;40(2):292-8.
27. Meyer PF, Costa ICC, Gico VV. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2006;13(4):877-90.
28. Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latino-Am Enferm*. 1998;6(2):83-8.
29. Franco TB, Merhy EE, Andrade CS, Ferreira VSC. A produção subjetiva da estratégia saúde da família. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC, organizadores. A produção subjetiva do cuidado – cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 22-52.

30. Queiroz MMA. O ensino de ciências naturais – reprodução ou produção de conhecimentos. Trabalho apresentado no 3.º Congresso Internacional de Educação e 4.º Encontro de Pesquisa em Educação da Universidade Federal do Piauí – A pesquisa como mediação das práticas sócio-educativas. Teresina: EDUFPI; 2006.

Recebido em 2.9.2012 e aprovado em 4.7.2013.