

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES

**INTEGRALIDADE NA SAÚDE: VIVÊNCIA DE ESTUDANTES
DE FISIOTERAPIA EM UMA INSTITUIÇÃO
PRIVADA DE PERNAMBUCO**

RECIFE
2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

**INTEGRALIDADE NA SAÚDE: VIVÊNCIA DE ESTUDANTES
DE FISIOTERAPIA EM UMA INSTITUIÇÃO
PRIVADA DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Mestranda: Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Monteiro Costa

Co-orientadora: Prof^ª. Msc. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Linha de Pesquisa: Estratégias, Ambientes e Produtos Educacionais Inovadores

RECIFE
2019

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

N972i Nunes, Maria Julia de Siqueira e Torres

Integralidade na saúde: vivência de estudantes de fisioterapia em uma instituição privada de Pernambuco. / Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes; orientadora Juliana Monteiro Costa; coorientadora Thálita Cavalcanti Menezes da Silva. – Recife: Do Autor, 2019.

86 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2019.

1. Integralidade em saúde. 2. Fisioterapia. 3. Educação superior.

I. Costa, Juliana Monteiro, orientadora. II. Silva, Thálita Cavalcanti Menezes da, coorientadora. III. Título.

CDU 614:615.8

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos meus pais Romero e Adelia e a minha avó Zina, que foram os primeiros a me incentivar e valorizar cada escolha da minha vida. Dedico ainda a todos os colegas fisioterapeutas docentes (de sala de aula e preceptoria) que trabalham em prol do fortalecimento da formação. Em especial, a Natalia, que me inspira diariamente com seu profissionalismo e humanização no atendimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por renovar minha fé sempre e por colocar em meu coração o sentimento de gratidão por tudo.

Aos meus pais, por terem me proporcionado o melhor da vida em todos os aspectos, sobretudo em amor e educação.

A minha vizinha, que não pôde ver a neta tão querida tornar-se Mestre, mas que em cada decisão por mim tomada está a lembrança das suas falas, do seu carinho e do seu orgulho.

A Natalia, por ser apoio, carinho, incentivo e amor, sempre e em qualquer circunstância.

Às minhas orientadoras Prof^a. Dra. Juliana Monteiro Costa e Prof^a. Msc. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva por serem exemplos de formadoras e transformadoras. Vocês foram essenciais na minha trajetória.

Aos meus tios e primos, que sempre comemoram as minhas conquistas.

A Ascês-UNITA por reconhecer a importância desse estudo e ceder o campo de pesquisa.

Aos estudantes que despenderam seu tempo e colaboraram de forma crucial para o desenvolvimento desse estudo.

Aos amigos e colegas que sempre me ajudaram e incentivaram, especialmente Soraya, Taty, Andreia, Clarissa e Nayara.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
IES – Instituição de Ensino Superior
ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas
UFPR – Universidade Federal do Paraná
FCMS/JF – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
PPP – Projeto Político-Pedagógico
DF – Distrito Federal
UFPA – Universidade Federal do Pará
PE – Pernambuco
Asces-UNITA – Centro Universitário Tabosa de Almeida
FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde
GF – Grupo Focal
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
EPS – Educação Permanente em Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
FTP – Fundamentos Teórico-Práticos
PA – Projetos de Aprendizagem
ICH – Inclusões Culturais e Humanísticas

RESUMO

Introdução: O entendimento do processo saúde-doença levando em consideração os aspectos biológicos, sociais, ambientais, culturais e espirituais propicia o modelo de atenção pautado em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade na saúde. Apesar de seu conceito polissêmico, a integralidade pode ser definida como um conjunto articulado de ações em saúde em todos os níveis de atenção, levando em consideração a complexidade dos sujeitos, de forma individual ou na coletividade. A incorporação na assistência desse princípio doutrinário ainda encontra entraves e um dos fatores que podem fortalecer o seu estabelecimento de forma sólida é uma mudança na formação dos profissionais de saúde. Dentre essas transformações, a inclusão de metodologias ativas e a modificação nos currículos com inserção de práticas desde os ciclos básicos fomentam o raciocínio reflexivo e crítico com ênfase no SUS, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Objetivo:** Investigar a vivência da integralidade em saúde na formação de estudantes de fisioterapia. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado em uma Instituição de Ensino Superior em uma cidade no agreste de Pernambuco. Foi realizado um grupo focal com estudantes do último período do curso de fisioterapia que estavam finalizando o estágio supervisionado. O debate foi gravado com posterior transcrição e análise dos dados pela Técnica de Análise de Conteúdo Temática, a partir das três etapas propostas por Minayo. A pesquisa seguiu as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o parecer número 2.624.085 e CAAE 87127718.4.0000.5569. A coleta de dados só teve início após compreensão dos objetivos da pesquisa por parte de todos os participantes e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos mesmos. **Resultados:** Os resultados desta dissertação são apresentados sob a forma de três produtos educacionais, a saber, um artigo científico, um relatório técnico para a IES com os resultados da pesquisa e um guia sobre a integralidade na saúde para estudantes e profissionais de saúde. Sete estudantes do sexo feminino participaram do grupo focal. A média de idade das participantes foi 23,4 anos; 6 eram solteiras e apenas 1 casada, nenhuma tinha filhos e todas residiam em Caruaru no momento da coleta de dados. Quatro eram católicas, 2 evangélicas e 1 afirmou não ter religião. Nenhuma estudante exercia atividade laboral durante a graduação. **Discussão:** Através da análise dos discursos observou-se um conhecimento aprofundado sobre a integralidade na saúde. Dentre os fatores potencializadores, foram abordados o modelo de estágio integrado, a presença dos preceptores como auxiliares na formação do perfil profissional e a inserção precoce na prática com abordagem biopsicossocial dos sujeitos com ênfase na atenção básica. Sobre as fragilidades, foram citados alguns profissionais com formação no modelo biomédico e consequente dificuldade em trabalhar no modelo de integralidade e a alta demanda de pacientes. **Considerações finais:** Os estudantes entrevistados têm conhecimento acerca da integralidade na saúde, não apenas no seu conceito básico, mas incorporando o seu amplo sentido no cuidado aos pacientes. Eles percebem a complexidade dos sujeitos na sua integralidade e não de forma compartimentalizada. Apesar dos resultados satisfatórios quanto a vivência e incorporação da integralidade na formação dos estudantes de fisioterapia, por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa com um pequeno número de participantes e apenas de um curso, não se pode generalizar os dados, sendo essa uma limitação do estudo. Portanto, sugerem-se pesquisas com outras Instituições públicas e privadas do Brasil que ofertam o curso de fisioterapia.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; Fisioterapia; Educação superior.

ABSTRACT

Introduction: The understanding of the health-disease process taking into account the biological, social, environmental, cultural and spiritual aspects propitiates the health care model based on one of the principles of Sistema Único de Saúde (SUS). In spite of its polysemic concept, completeness can be defined as an articulated set of actions in health at all levels of attention, taking into account the complexity of the subjects, either individually or collectively. The incorporation in assistance of this doctrinal principle still finds obstacles and one of the factors that can strengthen its establishment in a solid way is a change in the formation of health professionals. Among these transformations, the inclusion of active methodologies and the modification of curricula with the insertion of practice from the basic cycles fosters reflexive and critical thinking with emphasis on SUS, as recommended by the National Curricular Guidelines. **Objective:** To investigate the health integrality experience of students in the physical therapy course. **Methods:** Qualitative study, carried out in a Higher Education Institution of agreste of Pernambuco. A focus group was held with students from the last period of the physical therapy course who were completing the supervised training. The discussion was recorded with subsequent transcription and data analysis by the Thematic Content Analysis Technique, based on the three steps proposed by Minayo. The research followed the norms and guidelines proposed by Resolution 510/2016 of the National Council of Health. The project was approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of the Pernambucan Health Faculty under the opinion number 2.624.085 and CAAE 87127718.4.0000.5569. Data collection only started after the participants had understood the research objectives and after signing the Free and Informed Consent Term. **Results:** The results of this dissertation are presented in the form of three educational products, namely a scientific article, a technical report for the institution with the results of the research, and a guide on integrality in health for students and health professionals. Seven female students participated in the focus group. The mean age of participants was 23.4 years; 6 were single and only 1 household, none had children and all lived in Caruaru at the time of data collection. For was catholic, 2 gospel and 1 claimed to have no religion. No student was employed during graduation. **Discussion:** Through the analysis of the discourses a deep knowledge about integrality in health was observed. Among the potentiating factors were the integrated stage model, the presence of preceptors as auxiliaries in the formation of the professional profile and the early insertion in the practice with biopsychosocial approach of the subjects with emphasis in the basic attention. On the weaknesses were mentioned some professionals with training in the biomedical model and consequent difficulty in working on the integrality model and the high demand of patients. **Final considerations:** The students interviewed have knowledge about integrality in health, not only in its basic concept, but incorporating its broad sense in the care of patients. They perceive the complexity of the subjects in their entirety and not in a compartmentalized way. Despite the satisfactory results regarding the experience and incorporation of integrality in the training of physiotherapy students, because it is a qualitative research with a small number of participants and only with the physical therapy course, it is not possible to generalize the data, this being a limitation of the study. Therefore, we suggest researches with other public and private Public and private institutions in Brazil that offer the physiotherapy course.

Keywords: Integrality in health; Physical Therapy Specialt; Education, Higher.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	OBJETIVOS	8
1.1	OBJETIVO GERAL	8
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
III.	MÉTODOS.....	9
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	9
3.2	LOCAL DO ESTUDO	9
3.3	PERÍODO DO ESTUDO.....	10
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	10
3.5	AMOSTRA	10
3.6	CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DE PARTICIPANTES.....	10
3.7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	11
3.8	PROCEDIMENTOS PARA CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PARTICIPANTES.....	11
3.9	CRITÉRIOS PARA DESCONTINUIDADE DO ESTUDO	12
3.10	COLETA DE DADOS	12
3.10	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	13
3.11	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	14
3.12	ANÁLISE DOS DADOS.....	14
3.13	ASPECTOS ÉTICOS.....	15
IV.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
V.	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	40
VI.	REFERÊNCIAS	42
VII.	APÊNDICES	44
7.1	APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA	44
7.2	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	45
7.3	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	47
7.4	APÊNDICE 4 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	50
7.5	APÊNDICE 5 – RELATÓRIO TÉCNICO	51
7.6	APÊNDICE 6 – GUIA SOBRE INTEGRALIDADE NA SAÚDE.....	65
VIII.	ANEXOS	66
8.1	ANEXO 1 – PARECER DO CEP	66
8.2	ANEXO 2. DIRETRIZES PARA AUTORES	69

I. INTRODUÇÃO

O entendimento de saúde como completo bem-estar físico, mental, social e espiritual conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 é uma definição com foco além da doença, e aponta para a necessidade de visualização do indivíduo de forma integral. Desse modo, a compreensão do processo de saúde-doença, tendo como referência os determinantes sociais da saúde, leva ao desafio de entender a correlação existente entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política, além das mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Percebe-se, portanto, que o processo de adoecimento não é uma simples relação direta de causa-efeito.¹

É necessário compreender que os sujeitos, individualmente ou na coletividade, exigem graus de complexidade de ações e serviços variados para a manutenção de sua saúde e que o meio em que vivem e a forma com que lidam com as outras pessoas e com o ambiente são fatores determinantes no processo saúde-doença. Para dar conta do sujeito como ser integral, há que se buscar o aporte dos diferentes saberes e das diferentes disciplinas.¹ Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta três princípios doutrinários que norteiam as suas ações: universalidade, equidade e integralidade.² A integralidade é definida como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.³ Ou seja, a assistência de forma integral requer ações direcionadas tanto para a reabilitação do sujeito doente quanto para a prevenção.⁴

Um dos fatores que podem fortalecer a integralidade é uma transformação no processo de formação dos profissionais da área de saúde.² Para tal, é imprescindível que a formação em saúde esteja baseada no modelo vigente do país, voltado para a atenção integral, num sistema de referência e contra referência, com trabalho em equipe. É

necessário que os profissionais percebam a limitação uniprofissional, tanto da gestão, quanto do atendimento à população para a efetividade das ações em saúde.⁴

O campo da saúde é amplo e para se alcançar a integralidade na saúde, é necessário que as ações se interliguem e se complementem. Nesse contexto, entende-se o significado de interdisciplinaridade, considerando que duas ou mais disciplinas unem-se para alcançar maior abrangência de conhecimento. Intervenções baseadas na pluralidade de cuidados para a saúde são alcançadas através da interdisciplinaridade. Ainda nesse sentido, ressalta-se a importância de incorporar também a pluridisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade.^{5,6}

A pluridisciplinaridade é entendida como a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. A multidisciplinaridade, por sua vez, caracteriza-se pela justaposição de diversas disciplinas, entretanto sem estabelecer as relações entre os profissionais representantes de cada área. Por fim, a transdisciplinaridade abrange todos os conceitos anteriores, onde existe correlação entre diversas disciplinas, sem delimitações entre elas. Nesse último nível existe uma construção coletiva de conceitos e teorias para a resolução de um problema comum. As experiências da utilização dessas quatro modalidades da integralidade na saúde têm em comum a aproximação de diferentes saberes para a solução de problemas específicos e a ausência desses níveis implica em ações fragmentadas.^{1,6,7}

A integralidade da assistência à saúde assegura o atendimento aos usuários, individualmente e na coletividade, em todos os níveis da atenção à saúde e de forma holística. Para que esse princípio doutrinário do SUS exista, faz-se necessário uma articulação longitudinal dos serviços preventivos e curativos. Sendo assim, o acompanhamento ao usuário deve ser contínuo e toda a equipe de saúde deve permanecer

corresponsável pelo seu cuidado, independentemente do nível de assistência prestado, seja na atenção primária, secundária ou terciária.⁶

Ao se pensar em uma concepção de cuidado a partir da integralidade, todos os aspectos que influenciam nesse processo são considerados. Ou seja, reconhece-se a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Dessa forma, entende-se que a condição de saúde não depende exclusivamente dos serviços e das ações de saúde ofertados, pois os determinantes do processo saúde-doença relacionam-se diretamente às condições que as pessoas nascem, vivem e trabalham. Ademais, são guiadas pela estratificação social, e pelos fatores econômicos, ambientais, culturais, políticos e espirituais.⁷

Frente a isso, já que os determinantes do processo de adoecimento não centram-se apenas no ser biológico, mas no indivíduo, na coletividade e no meio em que se vivem, considerando e respeitando as suas necessidades, compreender o usuário de forma integral conduz a ações de saúde de forma humanizada. Nessa perspectiva, essas ações implicam também na autonomia e protagonismo dos sujeitos no seu processo de cuidado. A corresponsabilização entre o usuário, seus familiares, os trabalhadores da saúde e os gestores, juntamente com a multidisciplinaridade da equipe de saúde e a transversalidade do sistema, fortalecem a assistência.^{8,9}

Não obstante, o grande desafio acerca da humanização do cuidado incide sobre a sensibilização e preparação dos profissionais envolvidos, visto que sua formação acadêmica, historicamente, é tecnicista. Além disso, fatores como a ineficaz regulação pelo SUS da demanda entre profissionais de saúde-usuário, baixa remuneração desses trabalhadores e exigência mercadológica divergente da real necessidade da população são fatores que confluem para a fragilidade das ações humanizadas.^{10,11}

Somado a esses fatores, o ensino da saúde no Brasil parece não estar voltado para a perspectiva de integralidade. O perfil dos profissionais formados ainda apresenta forte tendência à especialização precoce, com currículos dicotomizados nos ciclos básico e profissionalizante. Dessa forma, ocorre um distanciamento entre teoria e prática, além da utilização em massa do ambiente hospitalar como cenário prioritário das práticas, o que permanece dissociando o ensino das realidades dos serviços e da saúde da população.^{11,12}

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em fisioterapia versam que o egresso fisioterapeuta deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, estando capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.¹² Apesar disso, as Instituições de Ensino Superior (IES), em sua maioria, embora reconheçam a necessidade de transformação no modelo de ensino, apresentam dificuldades em estabelecer estratégias pedagógicas visando essa formação. Sendo assim, tendem a formar fisioterapeutas tecnicistas, com foco na reabilitação e na cura. O cerne geralmente é na doença, divergindo dos modelos de atenção à saúde que se adequam melhor à realidade epidemiológica e sanitária do país.^{13,14,15}

Pesquisas realizadas com estudantes do curso de fisioterapia apontam para a utilização de metodologias ativas na sua formação, possibilitando a aproximação do estudante com o sistema de saúde vigente. Vários estudos indicam que a utilização de métodos em que o estudante torna-se o protagonista do seu processo de aprendizagem, tais como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização, são eficazes para aquisição de raciocínio clínico e solução de casos.^{16,17,18,19,20}

Em pesquisa realizada na Finlândia com objetivo de investigar a percepção de estudantes de fisioterapia sobre a utilização do método ABP na sua formação, Korpi e pesquisadores¹⁸ concluíram que esse método contribuiu no processo de aprendizagem a

partir de duas estratégias fundamentais: a autorreflexão e a reflexão em grupo. Aquela centrada nos processos de busca de informação e aprendizagem criativa e a discussão em grupo com foco no trabalho coletivo e no papel do docente.

Em estudo conduzido no Japão, Imafuku e estudiosos²⁰ avaliaram o processo de construção de aprendizagem de estudantes dos cursos de fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, medicina, odontologia e farmácia, de forma interdisciplinar. Os pesquisadores identificaram que os estudantes dos diferentes cursos trabalham coletivamente e conseguem estabelecer um plano de tratamento para os pacientes a partir do grupo tutorial utilizando a co-construção de conhecimentos das diferentes áreas e a elaboração de conhecimentos entre os estudantes das mesmas disciplinas. Nesse contexto os estudantes puderam compreender que uma efetiva comunicação e colaboração interprofissional são essenciais numa atenção centrada no paciente.

Dolmans e colaboradores²¹ assinalam que a ABP tem um potencial de preparar o estudante de forma mais eficaz por utilizar alguns princípios essenciais na aprendizagem. Os autores norteiam que a o processo de aprendizagem deve seguir quatro ideais: o da aprendizagem de forma construtiva, enfatizando que a mesma é um processo ativo, cujos estudantes constroem e reconstroem suas conexões de conhecimento; o autodirecionamento, em que os estudantes são ativos no planejamento, monitorização e avaliação do seu processo de aprendizagem; processo colaborativo, descrito como a interação mútua entre duas ou mais pessoas a fim de compartilhar entendimentos sobre um dado problema; e de forma contextual, levando em consideração que a situação em que um conhecimento é adquirido determina se ele será usado ou não. Contextos profissionais relevantes com problemas com múltiplas perspectivas estimulam o conhecimento de forma significativa.

A Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) aparece no cenário pernambucano no ano de 2005 como pioneira em utilização da metodologia ativa do tipo ABP em todos os seus cursos de graduação e pós-graduação. A ênfase do curso de fisioterapia, além da aquisição de habilidades técnicas essenciais ao exercício da profissão, está na proposta de uma aprendizagem pautada nos quatro pilares da educação, quais são: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver junto.²²

No Brasil, a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF) implementaram um Projeto Político-Pedagógico (PPP) com foco em metodologias ativas para o curso de graduação em fisioterapia. Ambas tiveram sucesso quanto à formação de profissionais com visão integral da saúde e formação crítico-reflexiva. No entanto, dificuldades com capacitação de docentes e apoio pactuado das instituições com o município para efetivação das práticas foram dificuldades encontradas pelas duas IES.^{23,24,25}

Com o objetivo de analisar a percepção dos estudantes de fisioterapia acerca da integralidade e a incorporação desse princípio doutrinário na formação acadêmica, Almeida e colaboradores²⁶ realizaram um estudo de natureza qualitativa em três IES do Distrito Federal (DF). Os pesquisadores conduziram três grupos focais, cada um composto por 10 graduandos do último ano do curso de fisioterapia e após análise do conteúdo constataram que, apesar das DCN do curso de fisioterapia pontuarem a necessidade da formação humanística e integral, os estudantes de fisioterapia chegam ao último ano da graduação com uma ideia vaga e repartida do conceito de integralidade na saúde.

Em 2016, Sales e pesquisadores²⁷ analisaram o perfil de estudantes de odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) do 1º ao 10º período, acerca dos seus interesses profissionais e sua formação para atuação no SUS. Os autores concluíram que os

estudantes concordam que um atendimento eficaz através do SUS é dependente das ações compartilhadas entre usuários, gestores e profissionais de saúde, entendem sua formação voltada para esse modelo de saúde, entretanto, consideram as atividades práticas desenvolvidas no estágio como insuficientes para o exercício profissional.

Nessa perspectiva, entendendo que a assistência em saúde voltada para o modelo SUS requer o cuidado do ser humano em toda sua complexidade de forma biopsicossocial e que a atual formação em saúde apresenta-se ainda pautada no modelo hegemônico biomédico, que vai de encontro ao modelo da integralidade, desenvolveu-se o presente estudo. Sendo assim, buscou-se responder o seguinte questionamento: qual a vivência do graduando do último ano do curso de fisioterapia de uma IES privada de Pernambuco acerca da integralidade na saúde e como se dá a inclusão desse princípio doutrinário na sua formação?

II. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a vivência da integralidade em saúde na formação de estudantes de fisioterapia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os dados sociodemográficos da amostra, caracterizando-a quanto ao sexo, idade, estado civil, estado civil, filhos, profissão, local de residência anterior e religião.
- Identificar as noções de integralidade em saúde dos estudantes.
- Conhecer as posturas e posicionamentos dos estudantes frente às diversas situações vividas nos diferentes cenários de prática.
- Conhecer como a vivência no estágio tem contribuído para solidificar a noção de integralidade na saúde para os estudantes.
- Elaborar um guia sobre integralidade na saúde para estudantes e profissionais de saúde, a partir da vivência de discentes nos cenários de estágio curricular.
- Elaborar relatório técnico para a Instituição com os resultados da pesquisa.

III. MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual, segundo Minayo²⁸, se aplica ao estudo da historicidade humana, das relações, das representações, das opiniões, percepções e crenças, representando o produto das inferências que as pessoas fazem a respeito da forma como vivem, como constroem seus artefatos e a si mesmos, como sentem e como pensam. Nesse tipo de pesquisa os aspectos culturais devem ser levados em consideração, sabendo que o passado interferiu no seu presente e este determinará o seu futuro. Sendo assim, numa pesquisa social qualitativa, os participantes de pesquisa, junto com o pesquisador trilham os rumos do estudo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Caruaru, interior de Pernambuco, no Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-UNITA), Instituição de Ensino Superior (IES) de referência no agreste pernambucano no atendimento de diversas áreas da fisioterapia. A Asces-UNITA surgiu no ano de 1959 e em 2004 foi criado o curso de fisioterapia. Desde o primeiro semestre de 2015 a IES implantou uma proposta de integralidade para o estágio obrigatório do curso de fisioterapia, em que os estudantes do nono e décimo períodos têm a oportunidade de vivenciar a junção de todos os conhecimentos dos anos anteriores na prática. O documento que versa sobre o estágio é o Regulamento de Estágio Curricular. O mesmo foi elaborado em 2013 pela IES e é apresentado no início do semestre, aos estudantes que cursam o último ano do curso de fisioterapia.

Atualmente a Asces-UNITA utiliza-se de metodologias ativas, como a problematização, além da metodologia tradicional no seu curso de fisioterapia.

A escolha da referida IES para a realização da pesquisa decorre de conveniência de ser o local de trabalho da pesquisadora, facilitando a coleta de dados. Outrossim, é a única instituição que já formou fisioterapeutas no referido município.

3.3 PERÍODO DO ESTUDO

O período do estudo ocorreu entre os meses de junho de 2018 a maio de 2019. A coleta de dados aconteceu apenas após avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população da pesquisa foi composta por 7 estudantes do décimo período de graduação em fisioterapia da Ascis-UNITA. A escolha da população do estudo deve-se ao fato desses estudantes já terem cursado o estágio curricular integrado no 9º e 10º período, permitindo mais possibilidades para discussão acerca do tema.

3.5 AMOSTRA

A amostra foi intencional por conveniência. Nesse tipo de amostragem o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que deverão compor o estudo de acordo com os objetivos propostos, desde que possam fornecer informações referentes ao mesmo.²⁸ A amostra selecionada é mais acessível, conhecida e com maior propósito para o estudo, sendo composta por 7 estudantes do 10º período de fisioterapia da Ascis-UNITA.

3.6 CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DE PARTICIPANTES

Os critérios de inclusão e exclusão nortearam o convite aos estudantes que pudessem participar da pesquisa.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

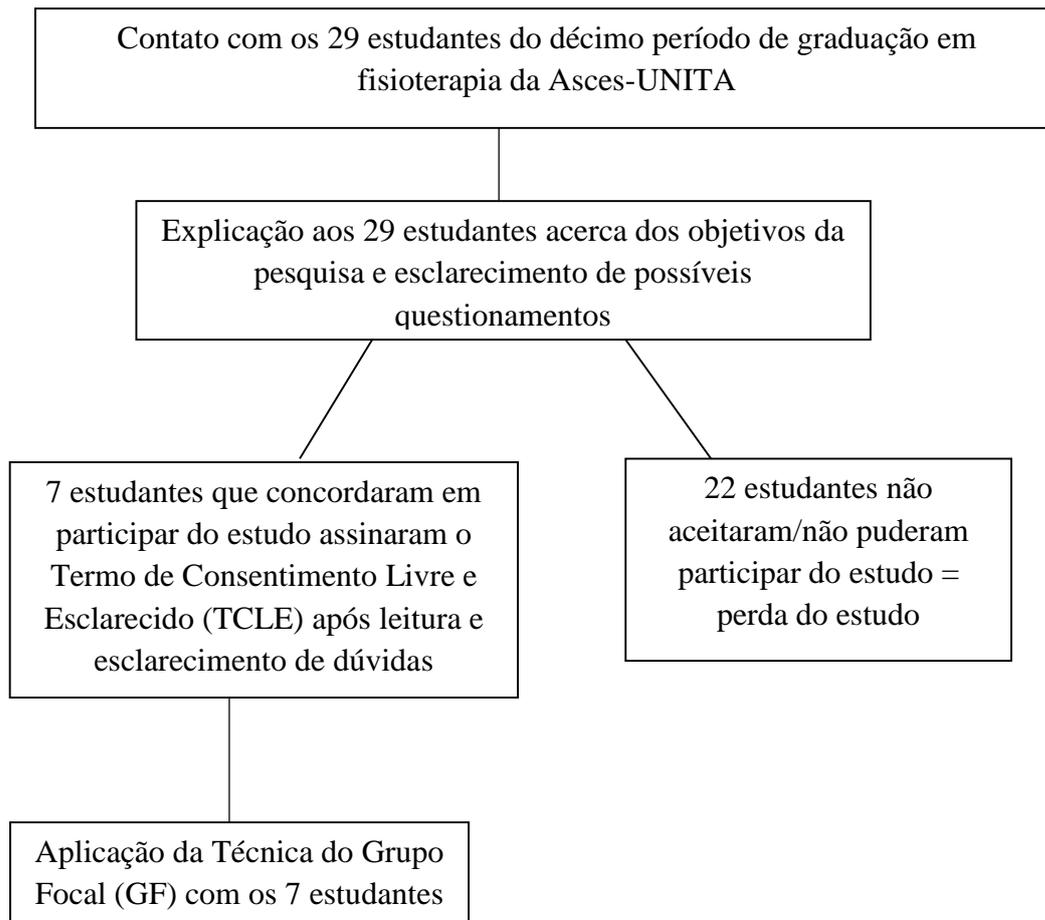
Foram convidados para participar da pesquisa estudantes de ambos os sexos do último semestre da graduação em fisioterapia (10º período) que estivessem regularmente matriculados e finalizando a disciplina Estágio Supervisionado II no momento da coleta de dados, em junho de 2018.

Foram excluídos da pesquisa os estudantes que estivessem afastados por licença médica ou por qualquer outro motivo que promovesse impedimento da sua participação.

3.8 PROCEDIMENTOS PARA CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PARTICIPANTES

Foi solicitada à coordenação do curso de fisioterapia uma lista com o nome completo, telefone, e-mail dos estudantes regularmente matriculados no 10º período de fisioterapia e os horários que os mesmos encontravam-se na IES.

Após assinatura da carta de anuência pela Instituição para a realização da pesquisa (Apêndice 1) e aprovação do estudo pelo CEP da FPS, a pesquisadora entrou em contato pessoalmente com os estudantes do décimo período do curso de fisioterapia para explicar sobre a pesquisa e verificar o interesse e disponibilidade dos mesmos em participar do estudo. Os debates ocorreram em sala reservada, em data e horário pré-estabelecidos e combinados com os estudantes, sem prejuízo de perda de aula ou estágios para os mesmos e sem alterar a dinâmica da IES.



3.9 CRITÉRIOS PARA DESCONTINUIDADE DO ESTUDO

O estudo seria descontinuado em caso de greve na IES durante o período da coleta de dados, bem como se não houvesse um quantitativo significativo de estudantes matriculados no décimo período do curso de fisioterapia da referida instituição.

3.10 COLETA DE DADOS

Inicialmente a pesquisadora entrou em contato com os estudantes pessoalmente e formalmente, através de e-mail, informando sobre a realização da pesquisa e seus objetivos.

Após o convite e a aceitação dos participantes da pesquisa, foram agendados local, o dia e a hora para a realização da coleta dos dados. Para tal, foi escolhido o Grupo Focal

(GF), que aconteceu dia 09 de junho de 2018, na Asces-UNITA. Essa técnica, a partir da interação grupal, permite uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Foi realizado o GF com um grupo de sete estudantes do curso de fisioterapia. O debate foi norteado por roteiro previamente estabelecido (Apêndice 2).

Antes de iniciar o GF foi explicado novamente o objetivo de pesquisa e todos os participantes que desejaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

3.10 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O GF é uma técnica de debate em pequenos grupos, formada por seis a doze pessoas, com o objetivo de obter informações para consenso ou explicitar dissonâncias, comandada por um coordenador que deverá mediar o debate, inserindo as perguntas norteadoras previamente estabelecidas e inseridas no roteiro. Essa técnica de coleta da abordagem qualitativa pode ser complementar a uma quantitativa, ou, por si só, ser a modalidade específica da coleta de dados, como no presente estudo.^{28,30,31}

O GF é caracterizado por discussões que ocorrem sobre um tema específico quando os participantes recebem estímulo apropriado. Esse estímulo é dado por perguntas que norteiam o debate. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, especialmente pela interação grupal, que é uma resultante da busca de dados. Além de permitir ao pesquisador um maior aprofundamento do tema, proporciona o entendimento de como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados através da interação grupal. A literatura preconiza que o GF deve ser realizado com um mínimo de 6 e um máximo de 12 pessoas, entretanto, um grupo com um quantitativo maior (12) é preferível devido à possibilidade do enriquecimento do debate com as diversas opiniões.^{29,30,31,32}

O GF foi realizado conforme o critério de saturação de conteúdo, ou seja, quando a coleta de novos dados não traz mais esclarecimentos para o objetivo do estudo.^{32,33}

Os debates em grupo foram gravados, conforme autorização prévia de todos os participantes de pesquisa emitida pelo TCLE, e posteriormente transcritos na íntegra para análise dos dados.

3.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o término do GF, os debates foram transcritos para documentos do *word* e os áudios serão apagados após a defesa da dissertação. Os participantes da pesquisa foram identificados por números, tais como *estudante 1*, *estudante 2*, preservando o anonimato e salvaguardando-os de possíveis desconfortos durante a coleta de dados.

3.12 ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo dos debates do GF foi analisado através da Técnica de Análise de Conteúdo Temática. A análise do conteúdo na pesquisa social tem três objetivos, sendo eles a função heurística, ou seja, da descoberta propriamente dita; o segundo é o de “administração de provas”, onde as hipóteses, os pressupostos e os achados da pesquisa servirão de resposta e, por fim, o último objetivo é o de ampliar a compreensão dos contextos culturais, onde as mensagens propriamente ditas serão extrapoladas, servindo de inferência.²⁸

Sendo assim, a análise de conteúdo conceitua-se como um conjunto de técnicas de comunicação, que se utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo falas e expressões corporais, que permitam o entendimento do conhecimento do grupo sobre o assunto pesquisado.^{33,34}

A abordagem utilizada para a análise do conteúdo se deu partir dos direcionamentos de Minayo, que foram realizadas em três etapas. Na primeira foi feita uma leitura flutuante das transcrições do debate a fim de que a pesquisadora tomasse conhecimento do material e deixasse impregnar-se pelo conteúdo. Nesse passo, algumas características essenciais para alcançar o objetivo do estudo devem ser alcançadas, a saber: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, onde o material obtido contemple todos os aspectos levantados pelo roteiro do grupo focal. Que ele contenha as características essenciais do universo pretendido, havendo precisão sobre a escolha do tema tratado, sobre as técnicas empregadas e sobre os interlocutores e que o material analisado seja adequado para responder aos objetivos propostos.

Na segunda etapa, análise das categorias, a pesquisadora buscou categorias, reduzindo o texto em palavras ou expressões que fossem significativas nas falas. Nessa fase foram determinadas a unidade de registro (palavra-chave), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma como serão categorizados, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

Na última etapa, conhecida como organização e agrupamento dos temas as informações foram ressaltadas e feitas as inferências.^{28,32}

3.13 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a captação da amostra e coleta de dados só foram iniciadas após a anuência da IES (Asces-UNITA). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob o parecer número 2.624.085 e CAAE 87127718.4.0000.5569.

Os participantes da pesquisa somente iniciaram o grupo focal após compreensão dos objetivos da pesquisa, leitura e compreensão do TCLE. A transcrição dos debates e as vias do TCLE da pesquisadora serão arquivados durante 5 anos e, após esse período serão descartadas. Não houve nenhuma intercorrência ou desconforto por parte dos participantes durante a realização do grupo focal.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta dissertação serão apresentados sob a forma de três produtos: o primeiro será um artigo elaborado conforme as normas da revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia com Qualis B2 na área de Ensino (Anexo 2); o segundo produto da dissertação é um relatório técnico para a Instituição com os resultados da pesquisa (Apêndice 5); e o terceiro produto é um guia sobre integralidade na saúde para estudantes e profissionais de saúde, elaborado a partir da vivência de discentes nos cenários de estágio curricular (Apêndice 6).

INTEGRALIDADE NA SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA

INTEGRALITY IN HEALTH AND PROFESSIONAL TRAINING: PHYSICAL THERAPY STUDENTS' EXPERIENCE

RESUMO

Objetivo: Investigar a vivência da integralidade em saúde de estudantes do curso de fisioterapia. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado em uma Instituição de Ensino Superior de Pernambuco, através de um grupo focal com estudantes do curso de fisioterapia. O debate foi gravado, transcrito e analisado pela Técnica de Análise de Conteúdo Temática, a partir das três etapas propostas por Minayo. A pesquisa seguiu as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do CNS e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o parecer número 2.624.085 e CAAE 87127718.4.0000.5569. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e discussão:** As sete participantes da pesquisa eram do sexo feminino, com média de idade 23,4 anos. Observou-se um conhecimento aprofundado sobre a integralidade na saúde. Dentre os fatores potencializadores foram abordados o modelo de estágio integrado, a presença dos preceptores como auxiliares na formação do perfil profissional e a inserção precoce na prática com abordagem biopsicossocial dos sujeitos, com ênfase na atenção básica. Como principal fragilidade foi citado o perfil do profissional com formação no modelo biomédico e consequente dificuldade em trabalhar no modelo de integralidade. **Conclusões:** As estudantes mostraram conhecimento acerca da integralidade na saúde, não apenas no seu conceito básico, mas incorporando o seu amplo sentido no cuidado aos pacientes. Elas percebem a complexidade dos sujeitos na sua totalidade e não de forma compartimentalizada. Apesar dos resultados satisfatórios quanto a vivência e incorporação da integralidade na formação das estudantes, por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa com um pequeno número de participantes e apenas com um curso, não se pode generalizar os dados. Portanto, sugerem-se pesquisas com outras Instituições públicas e privadas de Pernambuco que ofertam o curso de fisioterapia.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; Fisioterapia; Educação superior.

ABSTRACT

Objective: To investigate the health integrality experience of physiotherapy students. **Methods:** A qualitative study, carried out in a Higher Education Institution of Pernambuco, through a focus group with students of the physiotherapy course. The debate was recorded, transcribed and analyzed by the Thematic Content Analysis Technique, based on the three steps proposed by Minayo. The research followed the norms and guidelines proposed by Resolution 510/2016 of the CNS and the project was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde under the opinion number 2,624,085 and CAAE 87127718.4.0000.5569. All participants signed the Informed Consent Term. **Results and discussion:** The seven participants in the

study were female, with a mean age of 23.4 years. In-depth knowledge about integrality in health was observed. Among the potentiating factors were the integrated stage model, the presence of preceptors as auxiliaries in the formation of the professional profile and the early insertion in the practice with biopsychosocial approach of the subjects, with emphasis on basic care. The profile of the professional with training in the biomedical model and consequent difficulty in working on the integrality model was mentioned as the main weakness. **Conclusions:** The students showed knowledge about integrality in health, not only in its basic concept, but incorporating its broad meaning in the care of patients. They perceive the complexity of the subjects in their totality and not in a compartmentalized way. Despite the satisfactory results regarding the experience and incorporation of integrality in the training of the students, because it is a qualitative research with a small number of participants and only with one course, one can not generalize the data. Therefore, we suggest researches with other public and private institutions of Pernambuco that offer the physical therapy course.

Palavras-chave: Integrality in health; Physical therapy; Education, Higher.

INTRODUÇÃO

A prática da integralidade na saúde, principal diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido ponto de discussão frequente por estudiosos da área da educação em saúde. Arelada ao entendimento dessa prática, observa-se a necessidade de compreender as potencialidades e fragilidades da formação acadêmica que interferem na fomentação desse princípio, ressaltando a importância das Instituições de Ensino Superior (IES) em fornecer uma formação adequada, e do Estado, em supervisionar e incentivar por meio de políticas educacionais as relações Ensino-Serviço-Assistência.^{1,2,3,4}

Nesse sentido, o SUS apresenta três princípios doutrinários que norteiam as suas ações: universalidade, equidade e integralidade. A integralidade é definida como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.⁵ Ou seja, a assistência de forma integral requer ações direcionadas tanto para a reabilitação do sujeito doente quanto para a prevenção. Nessa perspectiva, essas ações de forma integral conduzem a um atendimento humanístico, o que implica também na autonomia e protagonismo dos sujeitos no seu processo de cuidado. A corresponsabilização entre o usuário, seus familiares, os trabalhadores da saúde e os gestores, juntamente com a multidisciplinaridade da equipe de saúde e a transversalidade do sistema, fortalecem a assistência.⁶

Em contrapartida, fatores como a ineficaz regulação pelo SUS da demanda entre profissionais de saúde-usuário, baixa remuneração desses trabalhadores e exigência mercadológica divergente da real necessidade da população são fatores que confluem para a fragilidade das ações humanizadas. Além desses fatores, a sensibilização e o preparo dos profissionais envolvidos no cuidado somam-se às fragilidades.^{7,8,9}

Um dos fatores que podem fortalecer a integralidade é uma transformação no processo de formação dos profissionais da área de saúde. Para tal, é imprescindível que a formação em saúde esteja baseada no modelo vigente do país, voltado para a atenção integral, num sistema de referência e contrarreferência, com trabalho em equipe.¹⁰

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em fisioterapia versam que o egresso fisioterapeuta deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, estando capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.¹¹ Apesar disso, as IES, em sua maioria, embora reconheçam a necessidade de transformação no modelo de ensino, apresentam dificuldades em estabelecer estratégias pedagógicas visando essa formação. Sendo assim, tendem a formar fisioterapeutas tecnicistas, com foco na reabilitação e na cura. O cerne geralmente é na doença, divergindo dos modelos de atenção à saúde que se adequam melhor à realidade epidemiológica e sanitária do país.¹²

Trabalhos realizados com estudantes do curso de fisioterapia apontam para a utilização de metodologias ativas na sua formação, possibilitando a aproximação do estudante com o sistema de saúde vigente. Vários estudos indicam que a utilização de métodos em que o estudante torna-se o protagonista do seu processo de aprendizagem, tais como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização, são eficazes para aquisição de raciocínio clínico e solução de casos.^{13,14,15,16,17}

Com objetivo de investigar a percepção de estudantes de fisioterapia sobre a utilização do método ABP na sua formação, Korpi e pesquisadores¹⁵ realizaram estudo na Finlândia e concluíram que esse método contribuiu no processo de aprendizagem a partir de duas estratégias fundamentais: a autorreflexão e a reflexão em grupo. A primeira está centrada nos processos de

busca de informação e aprendizagem criativa, e a discussão em grupo apresenta foco no trabalho coletivo e no papel do docente.

Em pesquisa conduzida no Japão, Imafuku e estudiosos¹⁷ avaliaram o processo de construção de aprendizagem de estudantes dos cursos de fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, medicina, odontologia e farmácia, de forma interdisciplinar. Os estudiosos identificaram que os estudantes dos diferentes cursos que trabalham coletivamente conseguem estabelecer um plano de tratamento para os pacientes a partir do grupo tutorial utilizando a co-construção de conhecimentos das diferentes áreas e a elaboração de conhecimentos entre os estudantes das mesmas disciplinas. Dessa maneira, os estudantes puderam compreender que uma efetiva comunicação e colaboração interprofissional são essenciais numa atenção centrada no paciente.

Dolmans e colaboradores¹⁸ ratificam que a ABP tem um potencial de preparar o estudante de forma mais eficaz por utilizar alguns princípios essenciais na aprendizagem. Os autores norteiam que o processo de aprendizagem deve seguir quatro ideais: o da aprendizagem de forma construtiva, enfatizando que a mesma é um processo ativo, cujos estudantes constroem e reconstróem suas conexões de conhecimento; o autodirecionamento, em que os estudantes são ativos no planejamento, monitorização e avaliação do seu processo de aprendizagem; processo colaborativo, descrito como a interação mútua entre duas ou mais pessoas a fim de compartilhar entendimentos sobre um dado problema; e de forma contextual, levando em consideração que a situação em que um conhecimento é adquirido determina se ele será usado ou não. Contextos profissionais relevantes com problemas com múltiplas perspectivas estimulam o conhecimento de forma significativa.

Com o objetivo de analisar a percepção dos estudantes de fisioterapia acerca da integralidade e a incorporação desse princípio doutrinário na formação acadêmica, Almeida e colaboradores¹⁹ realizaram um estudo de natureza qualitativa em três IES do Distrito Federal (DF). Os pesquisadores conduziram três grupos focais, cada um composto por 10 graduandos do último ano do curso de fisioterapia e após análise do conteúdo constataram que, apesar das DCN do curso de fisioterapia pontuarem a necessidade da formação humanística e

integral, os estudantes de fisioterapia chegam ao último ano da graduação com uma ideia vaga e repartida do conceito de integralidade na saúde.

Nessa perspectiva, entendendo que a assistência em saúde voltada para o modelo SUS requer o cuidado do ser humano em toda sua complexidade de forma biopsicossocial e que a atual formação em saúde apresenta-se ainda pautada no modelo hegemônico biomédico, que vai de encontro ao modelo da integralidade, desenvolveu-se o presente estudo. Assim, buscou-se compreender a vivência dos graduandos do curso de fisioterapia de uma IES privada de Pernambuco acerca da integralidade na saúde e como se dá inclusão desse princípio doutrinário na sua formação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma IES do agreste de Pernambuco. O curso de fisioterapia foi iniciado em 2004 e, desde o primeiro semestre de 2015 a IES implantou uma proposta de integralidade para o estágio obrigatório do curso de fisioterapia, em que os estudantes do nono e décimo períodos têm a oportunidade de vivenciar a junção de todos os conhecimentos dos anos anteriores na prática. Atualmente a faculdade utiliza-se de metodologias ativas, como a problematização, além da metodologia tradicional no seu curso de fisioterapia.

O período do estudo foi de junho de 2018 a maio de 2019. A coleta de dados aconteceu apenas após avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob o parecer número 2.624.085 e CAAE 87127718.4.0000.5569.

Todos os estudantes do último período de graduação em fisioterapia da referida IES que estivessem regularmente matriculados e finalizando a disciplina Estágio Supervisionado II no momento da coleta de dados, em junho de 2018, foram convidados a participar da pesquisa. Foram excluídos os estudantes que estivessem afastados por licença médica ou por qualquer outro motivo que promovesse impedimento da sua participação.

Após o convite e a aceitação dos participantes da pesquisa, foram agendados local, o dia e a hora para a realização da coleta dos dados. Para tal, foi escolhido o Grupo Focal (GF). Essa técnica, a partir da interação grupal, permite uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Foi

realizado o GF com um grupo de sete estudantes do curso de fisioterapia. O debate foi norteado por roteiro previamente estabelecido.

O GF é caracterizado por discussões que ocorrem sobre um tema específico quando os participantes recebem estímulo apropriado. Esse estímulo é dado por perguntas que norteiam o debate. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, especialmente pela interação grupal, que é uma resultante da busca de dados. Além de permitir ao pesquisador um maior aprofundamento do tema, proporciona o entendimento de como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados através da interação grupal. Preconiza-se pela literatura um mínimo de 6 e máximo de 12 participantes, entretanto, um grupo com um quantitativo maior (12) é preferível devido à possibilidade do enriquecimento do debate com as diversas opiniões. O grupo focal foi realizado conforme o critério de saturação de conteúdo, ou seja, quando a coleta de novos dados não traz mais esclarecimentos para o objetivo do estudo.²⁰

Os debates em grupo foram gravados, conforme autorização prévia de todos os participantes de pesquisa emitida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e posteriormente transcritos na íntegra para análise dos dados. Após o término do grupo focal, os debates foram transcritos para documentos do *word* e os áudios serão apagados. Os participantes da pesquisa foram identificados por números, tais como *estudante 1*, *estudante 2*, preservando o anonimato e salvaguardando-os de possíveis desconfortos durante a coleta de dados.

O conteúdo dos debates do GF foi analisado através da Técnica de Análise de Conteúdo Temática. A análise de conteúdo conceitua-se como um conjunto de técnicas de comunicação, que se utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo falas e expressões corporais, que permitam o entendimento do conhecimento do grupo sobre o assunto pesquisado.^{20,21}

A abordagem utilizada para a análise do conteúdo se deu partir dos direcionamentos de Minayo, que foram realizadas em três etapas. Na primeira foi realizada uma leitura flutuante das transcrições do debate a fim de que a pesquisadora tomasse conhecimento do material e deixasse impregnar-se pelo conteúdo. Na segunda etapa, análise das categorias, a pesquisadora buscou

categorias, reduzindo o texto em palavras ou expressões que fossem significativas nas falas. Na última etapa, conhecida como organização e agrupamento dos temas as informações foram ressaltadas e feitas as inferências.²¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada com sete estudantes que compareceram ao grupo focal. Todas as participantes da pesquisa foram do sexo feminino, com média de idade de 23,4 anos, com idade mínima de 22 e máxima de 26 anos. Apenas uma estudante era casada e as outras seis eram solteiras; nenhuma tinha filhos e todas residiam na mesma cidade que estudava no período da coleta de dados. Três delas eram domiciliadas em diferentes cidades do interior de Pernambuco antes de iniciar o curso de fisioterapia. Nenhuma das participantes da pesquisa exerciam atividade laboral durante a graduação. Quanto à religião, quatro definiram-se católicas, duas evangélicas e uma afirmou não ter religião.

A partir da transcrição e análise do debate estabeleceu-se o tema Integralidade na Saúde e Formação Profissional e foram estabelecidas categorias de relevância para discussão. As estudantes que participaram da pesquisa foram identificadas por um número pré-definido, salvaguardando-as de possíveis desconfortos e preservando a fidedignidade do debate.

Através da correlação dos objetivos propostos com a transcrição do debate emergiram quatro categorias de análises que cumprem o propósito desta pesquisa, a saber:

1. Integralidade na saúde: vivência de estudantes de fisioterapia;
2. Potencialidades e fragilidades na prática da integralidade na saúde na perspectiva dos estudantes de fisioterapia;
3. Formação e atuação em saúde na perspectiva da integralidade;
4. O estágio integrado como parte essencial para a integralidade.

Sendo assim, nessa etapa serão discutidas as falas das estudantes correlacionando com a literatura existente sobre o tema.

1. Integralidade na saúde: vivência de estudantes de fisioterapia

A respeito do conhecimento das estudantes acerca da integralidade, observa-se de uma maneira geral que elas a definem de forma ampla,

apoderando-se não apenas do conceito teórico, mas exemplificando a maneira como a integralidade foi vivenciada na sua prática acadêmica. Elas percebem a complexidade dos sujeitos, olhando-os de maneira integrada e não compartimentalizada, conforme explicitado nas falas a seguir:

“Quando a gente fala em integralidade, a gente vê logo na mente a forma de abordagem, a forma como você vai acolher esse paciente. A gente enxerga no paciente não só a questão da doença, mas todo um contexto em que ele está inserido. O contexto familiar, o contexto social, e de que forma isso vai interferir na qualidade de vida do paciente. Então é uma forma muito mais abrangente de acolher.” (Estudante 1)

“A gente passa por várias disciplinas específicas, com as pessoas com patologias específicas. Quando a gente chega no estágio, a pessoa não tem apenas uma patologia, tem algumas coisas associadas, entende? ...pode ser um paciente que teve um acidente de moto e teve várias fraturas, mas ao mesmo tempo o paciente tem um problema respiratório ou algum problema cardiovascular. Não só uma patologia, mas associar a outras.” (Estudante 2)

“A gente vai ver o paciente como um todo, né? Não vai olhar direcionado só para a doença. A gente observa todos os aspectos dele; o ambiente em que ele está inserido, o aspecto psicossocial e também a patologia que ele apresenta.” (Estudante 3)

Apesar do seu conceito polissêmico, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde de 1990, a integralidade é definida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”.⁵

Um conceito frequentemente utilizado no meio acadêmico acerca da integralidade reconhece o paciente como um todo, entendendo, de forma errônea, que um profissional será capaz de solucionar todas as demandas do sujeito.¹ As estudantes, apesar de falarem essa definição popularizada, perpassam-na, entendendo que a totalidade diz respeito à multiplicidade de

fatores desencadeadores do processo saúde-doença do sujeito, onde o adoecimento é a soma do biológico, ambiental, social, cultural e econômico.

Além disso, as estudantes conseguem enxergar a integralidade além da sua área específica de atuação, seja da grande área da fisioterapia, ou das áreas distintas. As falas descritas abaixo deixam clara a necessidade do trabalho multidisciplinar para um tratamento adequado.

“Além da gente aprender todas essas necessidades que o paciente tem ao longo do atendimento, às vezes, a gente observa que ele precisa de um acompanhamento de um outro profissional. Acredito que orientar esse paciente a procurar esse profissional também entra nesse atendimento integral. A gente observa outras necessidades que estão além dos nossos domínios.”

(Estudante 3)

“É importantíssima a questão do atendimento integral porque a gente tá saindo agora, então a gente tem que ter uma noção de como a gente vai se comportar lá fora diante de um paciente com várias necessidades em relação à patologia e ao que mais a gente puder ajudar.” (Estudante 4)

“Eu tive uma experiência com um paciente que chegou com dor em várias regiões do corpo, porém ele dizia assim: ‘você pode tratar do meu joelho e deixa a coluna para depois’ Ele não sabia que eu podia tratar o joelho e a coluna dele ao mesmo tempo. É importante a gente mostrar ao paciente que a gente é capaz de atender várias necessidades dele naquele atendimento.”

(Estudante 6)

A discussão acerca da integralidade recai sobre a humanização do atendimento. Essa reflexão humanística abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nas relações humanas devendo ser valorizadas nos atendimentos de saúde.^{11,22}

“Acredito que é muito interessante essa temática, principalmente nos dias atuais, que está cada vez mais tentando trazer esse atendimento humanizado... Ele (o paciente) se sente seguro, tem confiança no profissional.

Então eu acredito que é algo que tenha que ser bastante discutido não apenas na fisioterapia, mas na saúde como um todo.” (Estudante 1)

“Ter ética, ampliar a conduta, ser mais humana, abrir a nossa mente, conhecer o paciente e não ficar naquela questão robótica. A gente ser humano é a melhor coisa que a integralidade vai nos proporcionar.” (Estudante 7)

“Eu fico observando no estágio as pessoas que passam pelas disciplinas, principalmente em pediatria. Como as alunas chegam na mãe, falam, brincam com o bebê. Tudo isso a gente aprendeu aqui na graduação, sabe? Ao longo do tempo. Como o professor trata o paciente, a partir do momento que o paciente entra na clínica escola, até o momento que ele sai. A forma como ele trata influencia a gente a tratar da mesma forma. Então isso torna a gente uma pessoa mais humana.” (Estudante 2)

Os discursos supracitados estão de acordo com Oliveira e Cutolo⁸, quando explicam as relações existentes entre integralidade e humanização na saúde. Em uma ação profissional integral soma-se ao biológico o acolhimento, a escuta, o vínculo e o estabelecimento das relações de confiança paciente-profissional de saúde. Nesse entendimento, humanização e integralidade são práticas estreitas entre si e coexistentes, já que as abordagens de forma integral geram ações humanizadas.

Não obstante, o presente estudo difere dos achados da pesquisa realizada por Almeida e pesquisadores¹⁹, onde os autores ressaltam que os estudantes de fisioterapia de três IES de Brasília-DF tinham uma visão vaga e repartida do conceito de integralidade. Tal divergência pode ser explicada em virtude de modelos pedagógicos e currículos divergentes.

2. Potencialidades e fragilidades na prática da integralidade na saúde na perspectiva dos estudantes de fisioterapia

No relato das estudantes observam-se vários fatores que fortalecem a integralidade. Dentre eles destacam-se a presença dos preceptores, que auxiliam os estagiários na construção do raciocínio clínico, além dos variados campos de estágio por onde os estudantes passam, sobretudo os ambientes de

atenção primária. Esse é um setor que permite mais facilmente o atendimento multidisciplinar pela gama de profissionais existentes, além da atenção básica ser a área em que mais se vivencia a integralidade na saúde.

Ademais, a importância desses estágios decorre do fato de o estudante conseguir enxergar a realidade do paciente de perto, realizando visitas domiciliares, ficando a par da sua rotina de atividades de vida diária, bem como sendo capaz de identificar os fatores biopsicossociais que influenciam no seu processo de saúde-doença.

O relato das estudantes corrobora com a literatura ao citarem outros fatores referentes ao currículo que as estimulam a apreenderem a vivência da integralidade na saúde, tais como a inserção precoce na prática, sobretudo voltada à atenção básica, sem desvalorizar a atenção especializada; utilização de metodologias ativas construtivistas e problematizadoras no processo de ensino aprendizagem e foco voltado para a necessidade do usuário do SUS.^{19,23,24,25}

“É um ponto extremamente positivo a gente entrar no mundo do paciente. Ter oportunidade de conhecer realmente a realidade do paciente e entender quais são as suas demandas. É diferente de um atendimento no ambulatório, onde o paciente chega falando; existe aquilo que, às vezes, ele não tem percepção.” (Estudante 1)

“Foi muito rica a graduação, principalmente os estágios do 9º e 10º (períodos) porque é um mundo totalmente diferente do que a gente começa no 5º. A gente aprende coisa nova, aprende muito, todo dia e rápido. E isso é extremamente importante e rico pra nossa saída da faculdade. (...) o estágio é auxiliado por muitos profissionais (preceptores). Eles nos ajudam a perceber mais como tratar o paciente e seguir na abordagem em relação às patologias que ele apresenta.” (Estudante 4)

“O campo de estágio externo (fora da clínica escola) abre mais a nossa mente pra isso (integralidade), porque no interno não é tanto assim, mas quando a gente sai um pouquinho da nossa zona de conforto, a gente consegue enxergar uma realidade maior.” (Estudante 2)

Sobre a formação profissional, as estudantes concordam que sua formação é voltada para o SUS, com atendimento integral e humanizado, entretanto encontram dificuldades na relação com outros profissionais formados há mais tempo e que parecem não vivenciar esse atendimento integral. Eles concordam que as fragilidades estão especialmente nesses profissionais que têm dificuldades no atendimento de forma integral. Além disso, as estudantes assinalaram ainda a alta demanda de usuários para poucos profissionais.

“A gente percebe que ainda tem dificuldade nessas questões dos profissionais terem bom senso e saber do que precisa, do que não precisa e não apenas pensar em si.” (Estudante 7)

“Eu acredito que um dos fatores que dificultam é a demanda. Muitas vezes o local tem uma demanda grande de pacientes e eles terminam negligenciando essa integralidade.” (Estudante 3)

“Eu acredito que uma das dificuldades que seria uma barreira é com relação à formação. (...) desde o princípio a gente vem sendo instruído pra ter esse olhar mais integral (...) essa atuação multiprofissional. A gente sentiu essa dificuldade nos campos externos, desses profissionais que não tinham esse olhar. Acho que é uma questão de educação permanente, que esses profissionais precisariam de uma formação melhor, tendo essa visão mais integralizada.” (Estudante 1)

Os relatos supracitados fazem referência à necessidade de constante aperfeiçoamento de pessoal, que na Lei Orgânica da Saúde de 1990 já estava prevista no tópico relativo aos recursos humanos.²⁵ A necessidade de atualizações baseadas na política de Educação Permanente em Saúde (EPS) objetiva qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho nos diferentes níveis do sistema de saúde, com conseqüente melhoria do acesso do usuário, qualidade e humanização dos serviços, além do fortalecimento da tríade gestão-profissionais de saúde-usuários²⁶.

“No estágio nos postos de saúde a gente teve essa vivência com vários profissionais; tanto fisioterapeutas, como médicos, enfermeiros, agentes de saúde. (...) Toda a equipe dá o suporte àquele paciente pra que ele evolua de forma mais rápida e dê qualidade pra ele.” (Estudante 2)

“A partir desses estágios é que a gente vai entender melhor como funciona, tanto em relação aos postos de saúde, como nos hospitais, que também é atendimento SUS.” (Estudante 4)

De acordo com Bispo Júnior⁷, a formação em fisioterapia deve ser estruturada primordialmente nos princípios do SUS. O olhar deve voltar-se para os níveis primário e secundário de atenção e não apenas o terciário e, ainda assim, o foco da fisioterapia continuará sendo a movimentação humana. Com essa inclusão, a fisioterapia deixa de ser conhecida apenas como a profissão da reabilitação.

Outrossim, o papel do preceptor de estágio tem sua importância marcadamente reconhecida pelos estudantes, sobretudo na formação da sua identidade profissional. Lorenz²⁷ define o preceptor como um mediador e agregador dos profissionais da equipe, à medida que lida com as diferentes situações que percorrem o estágio, solucionando conflitos, sanando dúvidas, questionamentos dos estudantes, da equipe, da família e dos próprios pacientes. Esse profissional deve ser capaz de permitir-se uma reconstrução constante e favorecer a construção do estudante em um perfil de trabalhador para o SUS.

“A gente tem momentos de estresse, mas o preceptor sempre puxa para o nosso bem, para você ser o melhor.” (Estudante 7)

“Eu estou satisfeita com a formação que eu tive. Os profissionais que têm aqui na instituição ensinaram pra gente tanto conteúdo teórico e prático, como mostram pra gente todos os dias como ser uma pessoa melhor, como ser um profissional melhor pra população em geral.” (Estudante 3)

Dentre os fatores que influenciam a formação acadêmica, a organização dos serviços de saúde, os valores sociais e culturais, o modelo econômico vigente e as prioridades políticas são os que principalmente refletem no perfil do

egresso fisioterapeuta. Vê-se um grande número de profissionais que buscam a “hiperespecialização” e limitam a sua atuação profissional e visão de integralidade do paciente. Em concordância com Silva e Da Ros¹³, essa “hiperespecialização” é percebida pelos estudantes e é vista em algumas situações como fragilidade na assistência integral e humanizada.

“...o que a gente observa é muito especialista. Especialista na área de traumato, especialista na área de reumato, enfim... e que o paciente procura esse profissional, mas ele também tem outras necessidades. Ele geralmente não vai chegar com uma queixa só. Talvez aquele problema esteja repercutindo em outros sistemas, então é uma forma também do profissional fazer esse atendimento ‘integralizado’, tentando atingir todas as necessidades do paciente. (Estudante 1)

“Se você quer formar um fisioterapeuta generalista, um fisioterapeuta com olhar integral, ele não deve escolher na faculdade as especialidades que ele mais se identifica.” (Estudante 3)

Em relação às fragilidades da prática integral, observam-se problemas em várias áreas da saúde. Desde a formação desses profissionais, até os entraves estruturais dos serviços. No que concerne à formação profissional, apesar do SUS ser o sistema de saúde brasileiro vigente há quase 30 anos, a relação ensino-saúde, historicamente tem sido contraproducente à relação serviço-saúde. Nesse sentido, as IES têm um papel primordial em considerar o amplo e heterogêneo cenário de atendimento e em ofertar aos estudantes essa variabilidade de experiências com foco na assistência às necessidades do usuário do SUS.²⁶

Por parte de alguns profissionais de saúde, vê-se o desestímulo dos mesmos, pela falta de estrutura básica dos serviços, além do despreparo para lidar com determinadas situações devido a sua formação voltada para o modelo hegemônico biomédico, sendo esse último fator o mais relatado nas pesquisas.^{1,2,26}

3. Formação e atuação em saúde na perspectiva da integralidade

A formação voltada para o modelo centrado na doença torna-se uma barreira à assistência integral. Quando questionados sobre os diferentes cenários de prática, as estudantes foram enfáticas sobre a vivência da integralidade: enquanto que nos estágios voltados à atenção primária e secundária elas vivenciaram a integralidade de forma mais explícita e corriqueira, na área assistencial elas encontraram limitações.

“Os campos de estágio externo abrem mais a nossa mente pra o que é realmente a integralidade...em um ambiente de UTI o paciente tem outros tipos de alterações que não estão ao nosso alcance de resolver. Então existe a conversa entre a equipe: qual o outro tipo de profissional que esse paciente precisa?” (Estudante 2)

“Eu pude estagiar em dois locais com um profissional fisioterapeuta da área de UTI e que também trabalhava no NASF e eu pude ver a diferença do comportamento dele nesses dois diferentes locais. No Nasf eu o via mais leve, mais sereno, sabe?” (Estudante 6)

Percebe-se, nas falas da Estudante 2 e da Estudante 6, que a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade também estão presentes nos ambientes assistenciais especializados, como na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, a pluridisciplinaridade e a transdisciplinaridade, outras modalidades da integralidade, não são bem estabelecidas nesse cenário.

Outro ponto discutido pelas estudantes foi o preparo para o estágio curricular obrigatório com utilização de metodologias ativas e um currículo composto por disciplinas que proporcionam esse entendimento de saúde integral.

“Sempre era muito discutida a questão da funcionalidade relacionada a CIF. A gente usava o manual da CIF para avaliar o paciente de forma funcional, tendo esse olhar mais integralizado. (...) A gente teve o Encontro de Integração Ensino-Serviço...o aluno teve a oportunidade de fazer o seu relato de experiência falando sobre essa questão do atendimento integralizado.”
(Estudante 1)

“A gente fazia casos clínicos dos pacientes e discutia o que o paciente tinha e como ia fazer.” (Estudante 4)

*“Na disciplina de Clínica Integrada toda semana tinha vídeo-aula apresentando os casos clínicos. Todos assistiam e depois o assunto era discutido em grupo. Sobre a conduta, se a gente tinha alguma sugestão.”
(Estudante 3)*

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um instrumento aprovado pela OMS em 2001 com finalidade de classificar qualitativamente a funcionalidade e a incapacidade de forma individual ou coletiva dos sujeitos. Tal sistema é reflexão da nova abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença, que leva em consideração as perspectivas biológica, social, ambiental e econômica, em uma relação multidirecional.²⁸ O uso da CIF permite ao estudante uma visão ampla dos determinantes do processo de adoecimento e uma abordagem aos pacientes de forma integral e direcionada para sua especificidade.

Aguilar-da-Silva e Rocha Júnior²⁴ esclarecem que a estruturação pedagógica não significa fazer do estágio um momento de teoria em detrimento da prática, mas sim que as reflexões advindas do momento prático possam facilitar a estruturação e aplicação dos conceitos cognitivos aprendidos em momento anterior. Em sua pesquisa, esses autores concluíram que a utilização da Problematização no estágio ultrapassou o exercício intelectual, já que as tomadas de decisões estavam alicerçadas na realidade vivenciada pelos estudantes.

Matos e pesquisadores²⁹ avaliaram a contribuição do estágio extracurricular no processo de aprendizagem de estudantes de fisioterapia em duas IES da Bahia-BA. Foram entrevistados estudantes que estagiaram na atenção especializada hospitalar, em ambiente de UTI, e estudantes que estagiaram em clínica de fisioterapia. Os autores concluíram que os estudantes que estagiaram na alta complexidade conseguiram desenvolver mais competências e habilidades, quando comparados aos estagiários de ambulatório de clínica. A alta demanda dos pacientes nesse último ambiente, limitando a

possibilidade de discussão entre preceptor e estudante foi fator decisivo para os resultados.

Signorelli e outros pesquisadores²³ analisaram os resultados da implementação em andamento de um PPP no curso de fisioterapia de uma universidade no Pará-PA com organização curricular baseada em três eixos: Fundamentos Teórico-Práticos (FTP), que têm ênfase na aproximação do estudante com a realidade profissional, especificamente voltado para o SUS; Projetos de Aprendizagem (PA), que englobam a tríade ensino-pesquisa-extensão; e Inclusões Culturais e Humanísticas (ICH), momento diferenciado para os estudantes em integração com outros cursos e com a comunidade, voltado para a compreensão da complexidade do ser humano de forma integral. Tal projeto pauta-se nas metodologias ativas de ensino e, segundo os autores, os estudantes demonstram visão crítico-reflexiva diferenciada, conforme preconizada pelas DCN.

Em outro estudo realizado em Brasília-DF, Almeida e colaboradores¹⁹ analisaram as percepções e opiniões de estudantes de fisioterapia do último ano da graduação acerca da integralidade na assistência. Os autores identificaram que há pouco preparo, ou até mesmo despreparo em relação à capacitação docente e incentivo das IES ao conduzir e implantar estratégias pedagógicas que rompam com o tradicional modelo fragmentado de formação para estabelecer o modelo da integralidade, dificultando assim o entendimento mais profundo acerca da temática da integralidade.

No nosso estudo, pudemos verificar que o currículo da IES estabelece o início de atividades que unam teoria e prática desde o ciclo básico e que as atividades elaboradas pelos docentes correspondem a essa perspectiva.

4. O estágio integrado como parte essencial para a integralidade

Os currículos dos cursos de fisioterapia são organizados de modo que os estágios obrigatórios sejam cumpridos nos diferentes cenários abrangendo os três níveis de atenção. O que acontece é que as IES, por meio das DCN, têm autonomia na distribuição da carga horária obrigatória dos estágios nos diferentes níveis de atenção.¹¹

Dentre os três níveis de atenção, é sabido que a integralidade e todas as suas modalidades, sobretudo a transdisciplinaridade e a pluridisciplinaridade são mais vivenciadas na sua totalidade na atenção primária. Sendo assim, infere-se a importância da inserção precoce dos estudantes na prática, essencialmente na atenção básica.

Na IES onde foi realizada a presente pesquisa, o currículo é organizado de modo que os estágios obrigatórios que acontecem no último ano da graduação são integrados de forma que as subáreas da fisioterapia estejam interligadas, interdisciplinarmente. Na perspectiva das estudantes, essa organização curricular é um diferencial na formação delas e potencializadora do atendimento integral. Elas entendem que o estágio organizado desse modo propicia a saída da especificidade para a integralidade, conferindo-lhes mais liberdade e autonomia no atendimento ao paciente.

“Foi muito bom a gente ter conhecido quase todas as áreas da fisioterapia. E mesmo que a gente não tenha conhecido determinada área, a gente tá sabendo como aquela área trabalha.” (Estudante 6)

“A gente enxerga as coisas muito específicas e quando a gente chega no estágio a nossa mente tem que abrir novos horizontes para tratar o paciente como um todo. Quando a gente sair, cada um vai escolher sua área, né? Mas a gente consegue entender um pouco de cada uma.” (Estudante 2)

“O que realmente prepara a gente é essa gama de lugares que a gente passa.” (Estudante 4)

“Para mim, esse estágio integral é realmente a forma correta de formar um fisioterapeuta generalista... Há 2 anos eu estava em num congresso sobre fisioterapia oncológica e o palestrante perguntou quantas pessoas tinham pago na graduação essa disciplina. Eu, duas colegas aqui da instituição e mais três pessoas levantamos a mão. Então isso é um diferencial pro nosso currículo. A gente teve essa experiência.” (Estudante 3)

Além da percepção do entendimento técnico das diferentes áreas da fisioterapia, as estudantes reconhecem que o estágio integrado fornece subsídios para o desenvolvimento de habilidades e atitudes. Valores éticos e relação interprofissional são disciplinas que devem ser trabalhadas na prática e atreladas ao perfil do egresso fisioterapeuta.

“O estágio foi fundamental pra gente ganhar habilidade, pra gente ganhar essa questão de comportamento entre um profissional e outro; como é que a gente vai chegar e falar futuramente com um profissional sobre determinado assunto. Não é só a questão da prática e da habilidade profissional, mas essa questão mesmo de ética, interação e comunicação entre profissionais.”

(Estudante 1)

“A gente aprende a ter essa autonomia e quando começar (o tratamento), quando dar alta, e (aprende) a conversar com outros profissionais pra que eles entendam a nossa importância e pra que a gente não precise ser submisso.”

(Estudante 5)

“(…)é a questão de quem você vai ser quando for profissional. Se você vai aceitar aquilo ou se você vai fazer a mudança ao seu redor.” (Estudante 7)

A aproximação da prática profissional proporciona ao estudante a aprendizagem de forma significativa, a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes com autonomia e responsabilidade. A junção desses domínios cognitivo, psicomotor e afetivo propiciam a aquisição de visão ampla do campo de atuação.^{28,30}

Além disso, Paranhos e Mendes²⁶ ainda enfatizam que a proposta pedagógica que orienta o currículo integrado busca articular a atuação docente com a proposta de ensino, prática e teoria, IES e comunidade, passando a valorizar os pressupostos essenciais para a formação profissional com ênfase no SUS, onde se aplicam conhecimentos interdisciplinares.

No modelo de estágio integrado os estudantes enfrentam desafios e situações que propiciam as necessidades reais de saúde da população, seja de forma individual ou coletiva. É necessário que se compreendam os porquês das

ações. Através dessas experiências de aprendizagem o estudante vai integrando seu conhecimento teórico à prática em um processo de construção didaticamente estruturado. Ele constrói seu raciocínio crítico e reflexivo durante a imersão nos diferentes ambientes de prática, relacionando conhecimento teórico com práxis, construindo e ampliando os domínios cognitivo, habilidade e sobretudo atitude.

CONCLUSÃO

As estudantes entrevistadas têm conhecimento acerca da integralidade na saúde, não apenas no seu conceito básico e de forma compartimentalizada, mas incorporando o seu amplo sentido no cuidado aos pacientes. Os resultados obtidos divergem de alguns estudos realizados em outras localidades possivelmente pela organização curricular diferente.

Dos fatores potencializadores da integralidade citados, destacam-se a inserção precoce na prática, sobretudo na atenção básica e a utilização de metodologias ativas. Mudanças nos currículos que incluam integração de teoria e prática em diferentes cenários desde o ciclo básico, inclusão de metodologias pedagógicas inovadoras que tragam o estudante para o centro do processo de ensino-aprendizagem e a construção e o fortalecimento do vínculo entre ensino, serviço e gestão, buscando efetivar os princípios do SUS, são estratégias que incorporam o princípio da integralidade, haja vista a necessidade de formar profissionais com visão biopsicossocial e espiritual do indivíduo e da coletividade.

Em contrapartida, o perfil do profissional que tem visão reabilitadora com cerne na doença e não paciente, além da alta demanda de usuários foram os principais fatores que levam à fragilidade da integralidade.

Devido ao crescente número de Instituições que ofertam o curso de fisioterapia no estado de Pernambuco sugerem-se mais estudos com as outras IES da cidade e do estado, além de estender a pesquisa para conhecer também a vivência de docentes e preceptores.

Outrossim, por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa com um número reduzido de participantes e apenas com o curso de fisioterapia a mesma

não permite uma generalização dos dados, sendo essa uma limitação observada no estudo.

REFERÊNCIAS

1. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos Atribuídos à Integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface*. 2017; 21(62):589-99.
2. Lins KGV, Barbosa LNF, Carréra M, Menezes T, Santos ZC. Percepção de Residentes e Preceptores Sobre Integralidade da Atenção à Saúde em Programa de Residência Multiprofissional. *Rev Diálogos*. 2017;17:61-88.
3. Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciência & Saúde*. 2008; 1(1): 24-32.
4. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Rev Baian de Saú Públ*. 2007; 31(1): 20-31.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acessado 2019 mar 03]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
7. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexão sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciên Saúde*. 2009; 16(3):655-668.
8. Oliveira IC, Cutolo RLA. Humanização como expressão de Integralidade. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 502-506.
9. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciêns Saúde Colet*. 2011; 16(Supl. 1):1535-1546.
10. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Rev Baian de Saú Públ*. 2007; 31(1): 20-31.
11. Brasil. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 2002 mar. 4 [acesso em 2017 abr. 10]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
12. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A Formação Ética do Fisioterapeuta. *Fisioter em Mov*. 2007; 20(3):101-105.
13. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciêns Saúde Colet*. 2007; 12(6):1673-1381.
14. McMahon S, O'Donoghue G, Doody C, O'Neill G, Barrett T, Cusack T. Standing on the precipice: Evaluating Final-Year Physiotherapy Students' Perspectives of Their Curriculum as Preparation for Primary Health Care Practice *Phys Canada*. 2016; 68(2): 188-196.

15. Korpi H, Peltokallio L, Piirainen A. Problem-Based Learning in Professional Studies from the Physiotherapy Students' Perspectives. *The Intern Journ of PBL*. 2019; 13(1):1-19.
16. Gunn H, Hunter HD, Haas BM. Problem Based Learning in Physiotherapy education: A practice perspective. *Physiotherapy*. 2012; 98(4): 335-340.
17. Imafuku R, Kataoka R, Mayhara M, Suzuki H, Saiki T. Students' Experience in Interdisciplinary Problem-based Learning: A Discourage Analysis of Group Interaction. *The Intern Journ of PBL*. 2014; 8(2):1-19.
18. Dolmans DHJM, De Grave W, Wolfhagen IHAP, Van der Vleuten CPM. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Med Educat*. 2005; 39:732-741.
19. Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde da perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2014; 21(3): 271-278.
20. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
21. Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
22. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(3):30-35.
23. Signorelli MC, Israel VL, Corrêa CL, Motter AA, Takeda SYA, Gomes ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioter Mov*. 2010; 23(2): 331-340.
24. Aguiar-da-Silva RH, Rocha Júnior AM. Avaliação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática do curso de fisioterapia. *Rev E-Curriculum*. 2010; 5(2): 1-20.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
26. Paranhos VD, Mendes MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(1):1-7.
27. Lorenz RH. *Papel do Preceptor na Residência Multiprofissional*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
28. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev. Bras Epidemiol*. Abril-jun 2014; 437-451.
29. Matos IB, Santos RS, Souza MC, Souza MP, Maciel RRBT. A Influência do Estágio Extracurricular na Construção do Conhecimento do Acadêmico de Fisioterapia. *Cad Edu Saúde e Fis*. 2017; 4(8):23-30.
30. Ceccim RB, Feuerwer LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1400-1410.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A prática da integralidade na saúde, principal diretriz do SUS, tem sido ponto de discussão frequente por estudiosos da área da educação em saúde. Atrelado ao entendimento dessa prática, observa-se a necessidade de compreender as potencialidades e fragilidades da formação acadêmica que interferem na fomentação desse princípio, ressaltando a importância das IES em fornecer uma formação adequada, e do Estado, em supervisionar e incentivar por meio de políticas educacionais as relações Ensino-Serviço-Assistência.

No presente estudo pudemos observar que os estudantes do curso de fisioterapia da IES onde foi realizada a pesquisa têm conhecimento acerca da integralidade na saúde, não apenas no seu conceito básico e de forma compartimentalizada, mas incorporando o seu amplo sentido no cuidado aos pacientes. Os resultados obtidos divergem de alguns estudos realizados em outras localidades possivelmente pela organização curricular diferente.

Mudanças nos currículos que incluam integração de teoria e prática em diferentes cenários desde o ciclo básico, inclusão de metodologias pedagógicas inovadoras que tragam o estudante para o centro do processo de ensino-aprendizagem e a construção e o fortalecimento do vínculo entre ensino, serviço e gestão, buscando efetivar os princípios do SUS, são estratégias que incorporam o princípio da integralidade, haja vista a necessidade de formar profissionais com visão biopsicossocial e espiritual do indivíduo e da coletividade.

No momento da pesquisa apenas uma IES do município de Caruaru tinha turmas de fisioterapia formadas. Devido ao crescente número de Instituições que ofertam o curso de fisioterapia no estado de Pernambuco sugerem-se mais estudos com as outras IES da cidade e do estado, além de estender a pesquisa para conhecer também a vivência de docentes e preceptores.

Outrossim, por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa com um número reduzido de participantes e apenas com o curso de fisioterapia a mesma não permite uma generalização dos dados, sendo essa uma limitação observada no estudo.

Como produto educacional essa dissertação se propõe a enviar à Ascens-UNITA um relatório técnico (Apêndice 5) detalhado, contendo os resultados desta pesquisa, enfatizando a importância do Estágio Supervisionado de forma integrada. Além disso, um

guia sobre Integralidade na Saúde (Apêndice 6) também será entregue à IES para distribuição entre discentes e docentes.

VI. REFERÊNCIAS

1. Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciência & Saúde*. 2008; 1(1): 24-32.
2. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Rev Baian de Saú Públ*. 2007; 31(1): 20-31.
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acessado 2019 mar 03]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
4. Maranhão E. A Construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida, MJ. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.
5. Pombo O. Interdisciplinaridade e Integração dos Saberes. *Link Rev* [internet] 2005 [acesso em 2017 maio 3]; 1(1):4-16. Disponível em: www.liinc.ufrj.br/revist
6. Roquete FF, Amorim MMA, Barbosa SP, Souza DCM, Carvalho DV. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *R Enferm Cent O Min*. 2012 set/dez; 2(3): 463-474.
7. Paim JS. *O que é o Sus*. 1. ed. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz; 2012.
8. Sobral A, Freitas CM. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. *Saú Soc*. 2010; 19(1):35-47.
9. Oliveira IC, Cutolo RLA. Humanização como expressão de Integralidade. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 502-506.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
11. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexão sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciên Saúde*. 2009; 16(3):655-668.
12. Brasil. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 2002 mar. 4 [acesso em 2017 abr. 10]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
13. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciên Saúde Colet*. 2011; 16(Supl. 1):1535-1546.
14. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciên Saúde Colet*. 2008; 13(Sup 2): 2133-2144.
15. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A Formação Ética do Fisioterapeuta. *Fisioter em Mov*. 2007; 20(3):101-105.

16. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciê Saúde Colet*. 2007; 12(6):1673-1381.
17. McMahan S, O'Donoghue G, Doody C, O'Neill G, Barrett T, Cusack T. Standing on the precipice: Evaluating Final-Year Physiotherapy Students' Perspectives of Their Curriculum as Preparation for Primary Health Care Practice Phys Canada. 2016; 68(2): 188-196.
18. Korpi H, Peltokallio L, Piirainen A. Problem-Based Learning in Professional Studies from the Physiotherapy Students' Perspectives. *The Intern Journ of PBL*. 2019; 13(1):1-19.
19. Gunn H, Hunter HD, Haas BM. Problem Based Learning in Physiotherapy education: A practice perspective. *Physiotherapy*. 2012; 98(4): 335-340.
20. Imafuku R, Kataoka R, Mayhara M, Suzuki H, Saiki T. Students' Experience in Interdisciplinary Problem-based Learning: A Discourage Analysis of Group Interaction. *The Intern Journ of PBL*. 2014; 8(2)1-19.
21. Dolmans DHJM, De Grave W, Wolfhagen IHAP, Van der Vleuten CPM. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Med Educat*. 2005; 39:732-741.
22. Faculdade Pernambucana de Saúde [homepage na internet]. Curso de Graduação em Fisioterapia [acesso em 02 de junho de 2019]. Disponível em: <https://www.fps.edu.br/cursos/graduacao/fisioterapia>.
23. Meyer PF, Costa ICC, Gico VV. Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível. *Hist Ciê Saúde*. 2006; 13(4):877-890.
24. Signorelli MC, Israel VL, Corrêa CL, Motter AA, Takeda SYA, Gomes ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioter Mov*. 2010; 23(2): 331-340.
25. Aguilar-da-Silva RH, Rocha Júnior AM. Avaliação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática do curso de fisioterapia. *Rev E-Curriculum*. 2010; 5(2): 1-20.
26. Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde da perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2014; 21(3): 271-278.
27. Sales IT, Silva JM, Brandão AMM, Nascimento LS, Brandão GAM. Percepções de estudantes de graduação em Odontologia sobre o Sistema de Saúde Brasileiro. *ABENO*. 2016;16(2):69-76.
28. Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
29. Demo P. Pesquisa: método e cidadania. *Ser Social*. 2001; 9: 33-52.
30. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O Uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 779-86.
31. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. 2011; 35(4): 438-442.
32. Kitzinger J, Barbour RS. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: Kitzinger J, Barbour RS, organizadores. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London (UK): Sage; 1999. p.1-20.
33. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
34. Minayo, MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Rev Pesq Qualitativa*. 2017; 5(7): 1-12.

VII. APÊNDICES

7.1 APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA

APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA



Ilma. Sra. Marleide Rosa,
Pró-Reitora do Centro Universitário Tabosa de Almeida – Ascес-UNITA

Vimos, por meio desta, solicitar autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada “**Integralidade na Saúde: Vivência de Estudantes de Fisioterapia em uma Instituição Privada de Pernambuco**”, coordenada pelas pesquisadoras JULIANA MONTEIRO COSTA, THÁLITA CAVALCANTI MENEZES DA SILVA e MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES.

O objetivo deste estudo é investigar a vivência da integralidade em saúde dos estudantes do décimo período do curso de fisioterapia da Ascес-UNITA. Os resultados da pesquisa serão fornecidos à instituição em relatório técnico.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo, em cumprimento com os requisitos da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os objetivos do estudo. Informamos também que o projeto só será iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Caruaru, março de 2018

Carimbo e assinatura do pesquisador

Autorizo a realização da pesquisa (x) Não autorizo a realização da pesquisa ()

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

ASCES-UNITA
Marleide Rosa de Oliveira
Pró-Reitora Acadêmica

7.2 APÊNDICE 2 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

OBJETIVO DA PESQUISA: Investigar a vivência da integralidade em saúde dos estudantes do último período do curso de fisioterapia da uma Instituição de Ensino Superior privada de Pernambuco.

MATERIAIS QUE DEVEM SER LEVADOS PARA O GRUPO FOCAL:

Coordenador: Roteiro, TCLEs, gravadores, pilhas, folhas coloridas, lápis hidrocor e fita crepe para afixar nome ou pseudônimo dos participantes da pesquisa. Cartaz com o tema: “INTEGRALIDADE NA SAÚDE”.

Assistente: Roteiro.

ANTES DE INICIAR O GRUPO FOCAL, JÁ COM A PRESENÇA DE TODOS OS PARTICIPANTES:

- 1) Iniciar agradecendo a participação e fazer a apresentação da equipe participante presente;
- 2) Esclarecer os objetivos da pesquisa e como se dará a participação;
- 3) Distribuir o TCLE, fazer a leitura e assinar os documentos.
- 4) Solicitar que os estudantes preencham um questionário sociodemográfico para caracterização da pesquisa contendo os dados sobre sexo, data de nascimento, estado civil, número de filhos, profissão, residência atual e anterior e religião.

DURANTE A ATIVIDADE:

- Pedir para falarem alto e um de cada vez, para que as idéias sejam registradas de forma clara. Explicar que a gravação é um registro necessário e lembrar que será observado o sigilo, de acordo com o TCLE e que, portanto, podem falar o que desejarem. Pedir para evitarem conversas entre si, lembrando que qualquer barulho além da voz pode interferir na gravação.

- Pedir aos assistentes para que os gravadores sejam ligados e iniciar as gravações: “Estamos iniciando agora o grupo focal X, no dia tal, no local tal, e estão presentes tal coordenador e tais assistentes e tantos participantes. Iniciamos às tantas horas, após a leitura do TCLE.

- Solicitar aos participantes que se apresentem dizendo o nome ou pseudônimo pré-determinado, a idade e um breve relato de suas experiências no âmbito da Saúde Coletiva (estágios curriculares e extra-curriculares, trabalhos, formações anteriores, etc).

- Em seguida o tema geral, escrito em um cartaz, é colocado no centro da mesa ou em outro lugar que fique visível durante toda a atividade e para auxiliar o coordenador a retomar o tema quando for necessário.

GRUPO FOCAL

Tema geral: INTEGRALIDADE NA SAÚDE

1) Identificar as percepções e opiniões dos estudantes de fisioterapia em relação à integralidade na saúde – Pergunta Introdutória:

- a) Para vocês, o que é integralidade?
 - O que vem à sua cabeça?
 - O que pensa a respeito?

- b) O que significa um atendimento integral?
 - Poderia dar exemplos?

- c) O que não seria um atendimento integral?
 - Poderia dar exemplos?

2) Perguntas de transição:

- a) Em que cenários a integralidade na saúde é colocada em prática pelo fisioterapeuta? Cite exemplos:

- b) Quais os fatores que auxiliam e dificultam a prática da integralidade?

- c) A atual organização do curso favorece a integralidade na saúde? Por que? Vocês têm momentos de interdisciplinaridade? Como são?

- d) Como percebem a formação em saúde para a perspectiva da integralidade? Como a universidade prepara vocês para essa perspectiva?

- e) Durante a graduação participou de algum debate sobre a temática “Integralidade na saúde”? Se sim, quais? Como foi o tema abordado?

- f) Em sua opinião, qual o papel do fisioterapeuta no SUS?

- g) Qual o papel do fisioterapeuta na atenção básica especificamente?

- h) Como percebem a sua formação universitária para atuação no SUS? Sente-se preparado para a atuação no SUS?

4) Questões de encerramento: Pensando nos itens que acabamos de discutir, há algo a mais que vocês gostariam de acrescentar?

Agradecer a participação de todos e informar que após a conclusão da pesquisa todos receberão uma cópia por e-mail.

7.3 APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da pesquisa: **Integralidade na Saúde: Vivência de Estudantes de Fisioterapia em uma Instituição Privada de Pernambuco.**

Responsáveis: Dra. Juliana Monteiro Costa, Msc. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva e Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes.

Você está sendo convidado, como voluntário(a), a participar da pesquisa **Integralidade na Saúde: Vivência de Estudantes de Fisioterapia em uma Instituição Privada de Pernambuco.** O objetivo da pesquisa é investigar como os estudantes do último semestre do curso de fisioterapia da Asces-UNITA vivenciam a integralidade na saúde durante os estágios obrigatórios.

A pesquisa será realizada em formato de grupo focal, que é um tipo de debate com pequeno grupo de pessoas (12 estudantes) acerca de uma temática específica, neste caso, a integralidade na saúde dentro dos estágios obrigatórios do curso de fisioterapia. Cada estudante trará a sua vivência teórico-prática e promoverá uma discussão neste grupo.

RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, tais como constrangimento ou desconforto em relação a alguma temática abordada. Caso isso venha a acontecer, as pesquisadoras psicólogas da equipe deste estudo irão dar suporte necessário em formato de grupo duas vezes ao mês. Outro possível risco da pesquisa é o tempo despendido por parte dos participantes, no entanto, as pesquisadoras ficarão atentas para que não haja prejuízo na rotina dos estudantes. Os benefícios para os participantes de pesquisa residem no fato de os estudantes terem a oportunidade de discutir suas

vivências e expectativas acerca de um tema tão relevante para a prática deles. Torna-se enriquecedora a troca de experiências nessa temática, sobretudo para estudantes que serão profissionais em poucos meses. Para a Instituição onde será realizada a pesquisa, é de fundamental importância que ela tenha um retorno sobre sua proposta de tornar o estágio obrigatório integral.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será informado(a) sobre a pesquisa e, caso tenha alguma dúvida, pode esclarecer a qualquer momento e ainda terá liberdade de não querer participar. A técnica utilizada para a coleta de dados será a de grupo focal que consiste em debates em pequenos grupos, formados por seis até doze pessoas, acerca de um tema. As discussões serão gravadas em áudio para análise. Todas as informações que você fornecer durante os debates serão mantidas em sigilo, ou seja, somente a pesquisadora terá acesso às informações. Seu nome não constará nos resultados deste estudo e o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhum documento que possa resultar desta pesquisa. Uma via deste documento será arquivada com a pesquisadora e a outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação neste estudo não tem custos para você nem retorno financeiro pela sua participação. Caso haja algum desconforto ou constrangimento, você pode recusar a continuidade da sua participação e, caso necessário, será encaminhado ao apoio psicológico sem ônus à instituição, visto que duas das pesquisadoras são psicólogas.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que eu qualquer momento poderei obter novas informações. As pesquisadoras Juliana Monteiro Costa, Thálita Cavalcanti Menezes da Silva e Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes me garantiram que todas as informações pessoais desta pesquisa serão guardadas em sigilo.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido(a) a qualquer momento pelas pesquisadoras responsáveis: Juliana Monteiro Costa, Thálita Cavalcanti Menezes da Silva e Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes através dos respectivos contatos telefônicos:

(81) 9.8826-4456, (81) 9.88521410 e (81) 9.9916-5469. E-mails: jullymc@hotmail.com, thalitamenezes25@yahoo.com.br e mariajulianunes@yahoo.com.br. A pesquisadora Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes encontra-se nas segundas, terças e sextas, das 8h às 17:30h na Av. Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru-PE, CEP: 55.000-000 e as pesquisadoras Juliana Monteiro Costa e Thálita Cavalcanti Menezes encontram-se nos dias segundas, terças, quintas e sextas, das 7h às 12h no endereço Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51.150-000, ou ainda pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), situado na Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51.150-000. E-mail: comite.etica@fps.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa da FPS tem como objetivo defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante Data ___/___/___

Assinatura da pesquisadora Data ___/___/___

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

Assinatura digital



7.4 APÊNDICE 4 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

(Elaboração de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Em referência a pesquisa intitulada “**Integralidade na Saúde: Vivência de Estudantes de Fisioterapia em uma Instituição Privada de Pernambuco**”, eu, Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes e minha equipe, Juliana Monteiro Costa e Thálita Cavalcanti Menezes da Silva, comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação dos dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição de fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Recife, março de 2018

Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes

Carimbo e assinatura do pesquisador responsável

Maria Julia Nunes
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 99020-F

Juliana Monteiro Costa

Carimbo e assinatura de todos os membros da equipe

Juliana Monteiro Costa
Psicóloga
CRP - 02113200

Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Carimbo e assinatura de todos os membros da equipe

Thálita Cavalcanti Menezes da Silva
Psicóloga Clínica
CRP 2112 528

Thálita Cavalcanti Menezes da Silva
Psicóloga Clínica
CRP 2112 528

7.5 APENDICE 5 – RELATÓRIO TÉCNICO

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES

**RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE O IMPACTO DO ESTÁGIO
INTEGRADO NA VIVÊNCIA DOS ESTUDANTES ACERCA DA
INTEGRALIDADE**

RECIFE

2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

**RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE O IMPACTO DO ESTÁGIO
INTEGRADO NA VIVÊNCIA DOS ESTUDANTES ACERCA DA
INTEGRALIDADE**

Relatório técnico apresentado como produto
educacional a partir dos resultados da pesquisa da
Dissertação do Mestrado Profissional em Educação
para o Ensino na Área de Saúde

Mestranda: Maria Julia de Siqueira e Torres Nunes

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Monteiro Costa

Co-orientadora: Prof^ª. Msc. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Linha de Pesquisa: Estratégias, Ambientes e Produtos Educacionais Inovadores

RECIFE

2019

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	54
II. MÉTODO	56
III. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
V. REFERÊNCIAS	63

I. INTRODUÇÃO

A prática da integralidade na saúde, principal diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido ponto de discussão frequente por estudiosos da área da educação em saúde. Arelada ao entendimento dessa prática, observa-se a necessidade de compreender as potencialidades e fragilidades da formação acadêmica que interferem na fomentação desse princípio, ressaltando a importância das Instituições de Ensino Superior (IES) em fornecer uma formação adequada, e do Estado, em supervisionar e incentivar por meio de políticas educacionais as relações Ensino-Serviço-Assistência.^{1,2,3,4}

Nesse sentido, SUS apresenta três princípios doutrinários que norteiam as suas ações: universalidade, equidade e integralidade. A integralidade é definida como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.⁵ Ou seja, a assistência de forma integral requer ações direcionadas tanto para a reabilitação do sujeito doente quanto para a prevenção. Nessa perspectiva, essas ações de forma integral conduzem a um atendimento humanístico, o que implica também na autonomia e protagonismo dos sujeitos no seu processo de cuidado. A corresponsabilização entre o usuário, seus familiares, os trabalhadores da saúde e os gestores, juntamente com a multidisciplinaridade da equipe de saúde e a transversalidade do sistema, fortalecem a assistência.⁶

Em contrapartida, fatores como a ineficaz regulação pelo SUS da demanda entre profissionais de saúde-usuário, baixa remuneração desses trabalhadores e exigência mercadológica divergente da real necessidade da população são fatores que confluem para a fragilidade das ações humanizadas. Além desses fatores, a sensibilização e o preparo dos profissionais envolvidos no cuidado somam-se às fragilidades.^{7,8,9}

Um dos fatores que podem fortalecer a integralidade é uma transformação no processo de formação dos profissionais da área de saúde. Para tal, é imprescindível que a formação em saúde esteja baseada no modelo vigente do país, voltado para a atenção integral, num sistema de referência e contrarreferência, com trabalho em equipe.¹⁰

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em fisioterapia versam que o egresso fisioterapeuta deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, estando capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.¹¹ Apesar disso, as IES, em sua maioria, embora reconheçam a necessidade de transformação no modelo de ensino, apresentam dificuldades em estabelecer estratégias pedagógicas visando essa formação. Sendo assim, tendem a formar fisioterapeutas tecnicistas, com foco na reabilitação e na cura. O cerne geralmente é na doença, divergindo dos modelos de atenção à saúde que se adequam melhor à realidade epidemiológica e sanitária do país.¹²

Trabalhos realizados com estudantes do curso de fisioterapia apontam para a utilização de metodologias ativas na sua formação, possibilitando a aproximação do estudante com o sistema de saúde vigente. Vários estudos indicam que a utilização de métodos em que o estudante torna-se o protagonista do seu processo de aprendizagem, tais como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problemática, são eficazes para aquisição de raciocínio clínico e solução de casos.^{13,14,15,16,17}

Dolmans e colaboradores¹⁸ ratificam que a ABP tem um potencial de preparar o estudante de forma mais eficaz por utilizar alguns princípios essenciais na aprendizagem. Os autores norteiam que o processo de aprendizagem deve seguir quatro ideais: o da aprendizagem de forma construtiva, enfatizando que a mesma é um processo ativo, cujos estudantes constroem e reconstroem suas conexões de conhecimento; o autodirecionamento, em que os estudantes são ativos no planejamento, monitorização e

avaliação do seu processo de aprendizagem; processo colaborativo, descrito como a interação mútua entre duas ou mais pessoas a fim de compartilhar entendimentos sobre um dado problema; e de forma contextual, levando em consideração que a situação em que um conhecimento é adquirido determina se ele será usado ou não. Contextos profissionais relevantes com problemas com múltiplas perspectivas estimulam o conhecimento de forma significativa.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, resultado da dissertação de mestrado intitulada: “Integralidade na Saúde: Vivência de Estudantes de Fisioterapia em uma Instituição Privada de Pernambuco”. O objetivo geral do trabalho foi investigar a vivência da integralidade na saúde na formação de estudantes de fisioterapia. A pesquisa foi realizada no município de Caruaru, com estudantes do último semestre de graduação do curso de fisioterapia da Asces-UNITA. A escolha do local do estudo deveu-se à referida instituição ser a única do município a ter formado fisioterapeutas.

II. MÉTODO

A população do estudo foi composta por 7 estudantes de fisioterapia da Asces-UNITA, do último semestre de graduação. Para participar da pesquisa os estudantes de fisioterapia deveriam estar regularmente matriculados e finalizando a disciplina Estágio Supervisionado II no momento da coleta de dados, em junho de 2018. Foram excluídos da amostra os estudantes que estivessem afastados por licença médica ou por qualquer outro motivo que promovesse impedimento da sua participação.

O período do estudo, desde a elaboração do projeto de pesquisa até a finalização da dissertação deu-se entre março de 2017 a junho de 2019. Para a realização da pesquisa foi realizado um Grupo Focal (GF), com um roteiro de perguntas previamente elaborado a fim de suscitar a discussão acerca da vivência da integralidade na saúde pelos

estudantes. O GF é caracterizado por discussões que ocorrem sobre um tema específico quando os participantes recebem estímulo apropriado. Esse estímulo é dado por perguntas que norteiam o debate. Foi utilizado o critério de saturação, em que o coordenador do debate fecha o tema quando os discursos começam a apresentar repetições no seu conteúdo. A escolha da amostra foi intencional. Nesse tipo de amostragem o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que deverão compor o estudo de acordo com os objetivos propostos, desde que possam fornecer informações referentes ao mesmo.¹⁹

O GF foi realizado em data e hora previamente acordados com os estudantes e foi mediado e auxiliado por duas fisioterapeutas com conhecimento prévio sobre a técnica. Os participantes da pesquisa foram identificados por um número pré-definido, salvaguardando-as de possíveis desconfortos e preservando a fidedignidade do debate. A pesquisa seguiu as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a captação da amostra e coleta de dados só foram iniciadas após a anuência da IES (Asces-UNITA). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob o parecer número 2.624.085 e CAAE 87127718.4.0000.5569.

Os participantes da pesquisa somente iniciaram o grupo focal após compreensão dos objetivos da pesquisa, leitura e compreensão do TCLE. A transcrição dos debates e as vias do TCLE da pesquisadora serão arquivados durante 5 anos e, após esse período serão descartadas. Não houve nenhuma intercorrência ou desconforto por parte dos participantes durante a realização do grupo focal.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada com sete estudantes que compareceram ao grupo focal. Todas as participantes da pesquisa foram do sexo feminino, com média de idade de

23,4 anos, com idade mínima de 22 e máxima de 26 anos. Apenas uma estudante era casada e as outras seis eram solteiras; nenhuma tinha filhos e todas residiam na cidade de Caruaru-PE no período da coleta de dados. Três delas eram domiciliadas em diferentes cidades do interior de Pernambuco, próximas a Caruaru, antes de iniciar o curso de fisioterapia. Nenhuma das participantes da pesquisa exerciam atividade laboral durante a graduação. Quanto à religião, quatro definiram-se católicas, duas evangélicas e uma afirmou não ter religião.

A partir da análise de conteúdo do GF emergiram quatro categorias de análises que cumprem o propósito desta pesquisa, a saber:

5. Integralidade na saúde: vivência de estudantes de fisioterapia;
6. Potencialidades e fragilidades na prática da integralidade na saúde na perspectiva dos estudantes de fisioterapia;
7. Formação e atuação em saúde na perspectiva da integralidade;
8. O estágio integrado como parte essencial para a integralidade.

Na primeira categoria, em que foi questionado o conceito de integralidade na saúde e foram solicitados exemplos de um atendimento integral e de um atendimento não integral, observa-se de uma maneira geral que elas a definem de forma ampla, apoderando-se não apenas do conceito teórico, mas exemplificando a maneira como a integralidade foi vivenciada na sua prática acadêmica. Elas percebem a complexidade dos sujeitos, olhando-os de maneira integrada e não compartimentalizada.

Um conceito frequentemente utilizado no meio acadêmico acerca da integralidade reconhece o paciente como um todo, entendendo, de forma errônea, que um profissional será capaz de solucionar todas as demandas do sujeito.¹ As estudantes, apesar de falarem essa definição popularizada, perpassam-na, entendendo que a totalidade diz respeito à

multiplicidade de fatores desencadeadores do processo saúde-doença do sujeito, onde o adoecimento é a soma do biológico, ambiental, social, cultural e econômico.

Além disso, as estudantes conseguem enxergar a integralidade além da sua área específica de atuação, seja da grande área da fisioterapia, ou das áreas distintas. As falas descritas abaixo deixam clara a necessidade do trabalho multidisciplinar para um tratamento adequado. Ainda correlacionam o atendimento integral com humanização, entendendo que esse princípio é essencial para a prática humanística na saúde.

Na segunda categoria foram abordados os fatores que potencializam e os que fragilizam a prática da integralidade na saúde. Como pontos fortes foram citados a presença dos preceptores, que auxiliam o estagiário na construção do raciocínio clínico; além dos variados campos de estágio por onde eles passam, sobretudo nos ambientes da atenção primária. Esse é um setor que permite mais facilmente o atendimento multidisciplinar pela gama de profissionais existentes, além da atenção básica ser a área em que mais se vivencia a integralidade na saúde. Ademais, a importância desses estágios decorre do fato de o estudante conseguir enxergar a realidade do paciente de perto, realizando visitas domiciliares, ficando a par da sua rotina de atividades de vida diária, bem como sendo capaz de identificar os fatores biopsicossociais que influenciam no seu processo de saúde-doença.

O relato das estudantes corrobora com a literatura ao citarem outros fatores referentes ao currículo que as estimulam a apreenderem a vivência da integralidade na saúde, tais como a inserção precoce na prática, sobretudo voltada à atenção básica, porém sem desvalorizar a atenção especializada; utilização de metodologias ativas construtivistas e problematizadoras no processo de ensino aprendizagem e foco voltado para a necessidade do usuário do SUS.^{20,21,22,23}

Sobre os fatores que fragilizam a prática da integralidade, as estudantes citam os profissionais de saúde formados há mais tempo e que parecem não vivenciar esse atendimento integral. O antigo modelo biomédico curativista de formação parece prevalecer nesses profissionais que estão no mercado de trabalho há mais tempo. Além disso, as estudantes assinalam a alta demanda de pacientes para um quantitativo de profissionais reduzido, impactando, desde o momento de acolhimento, até a realização de um atendimento de qualidade. Ou seja, as fragilidades perpassam pela formação dos profissionais de saúde e chegam aos entraves estruturais dos serviços.

Na terceira categoria foram discutidos os aspectos da formação das estudantes voltada para a integralidade na saúde. De forma unânime, as estudantes reconhecem que a formação delas está voltada à integralidade na saúde. Sobre as práticas, novamente enfatizam que a atenção primária é o ambiente em que mais se vivencia esse princípio, enquanto que na atenção especializada encontram limitações.

Outro ponto positivo foi a estruturação curricular com utilização de metodologias ativas por alguns professores e a presença de disciplinas que abordam a saúde integral desde o ciclo básico. No relato das estudantes a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) veio como potencializador da integralidade, porém a maioria concorda que a CIF deveria ser trabalhada em todas as disciplinas. Outrossim, o Encontro de Integração Ensino-Serviço foi entendido como um espaço para discussão multiprofissional e para relatar as experiências dos estudantes dos estágios, proporcionando-lhes uma troca entre os estudantes e profissionais de diversas áreas.

Na quarta e última categoria foi discutido o modelo do estágio integrado como parte essencial para a formação com ênfase na integralidade. Na perspectiva das estudantes essa organização curricular é um diferencial na formação delas e

potencializadora do atendimento integral. Elas entendem que o estágio organizado desse modo propicia a saída da especificidade para a integralidade, conferindo-lhes mais liberdade e autonomia no atendimento ao paciente. As estudantes reconhecem que o estágio integrado fornece subsídios para o desenvolvimento de habilidades e atitudes, além de trabalhar valores éticos e relações interprofissionais, atributos essenciais à práxis fisioterapêutica.

No modelo de estágio integrado os estudantes enfrentam desafios e situações que propiciam as necessidades reais de saúde da população, seja de forma individual ou coletiva. É necessário que se compreendam os porquês das ações. Através dessas experiências de aprendizagem os estudantes percebem que vão integrando seu conhecimento teórico à prática em um processo de construção didaticamente estruturado. Eles constroem seu raciocínio crítico e reflexivo durante a imersão nos diferentes ambientes de prática, relacionando conhecimento teórico com prático, construindo e ampliando os domínios cognitivo, habilidade e sobretudo atitude.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo pudemos observar que os estudantes do curso de fisioterapia da Asces-UNITA têm conhecimento acerca da integralidade na saúde, não apenas no seu conceito básico e de forma compartimentalizada, mas incorporando o seu amplo sentido no cuidado aos pacientes. Os resultados obtidos divergem de alguns estudos realizados em outras localidades, possivelmente pela organização curricular diferente.

Mudanças nos currículos que incluam integração de teoria e prática em diferentes cenários desde o ciclo básico, inclusão de metodologias pedagógicas inovadoras que tragam o estudante para o centro do processo de ensino-aprendizagem e a construção e o fortalecimento do vínculo entre ensino, serviço e gestão, buscando efetivar os princípios

do SUS, são estratégias que incorporam o princípio da integralidade, haja vista a necessidade de formar profissionais com visão biopsicossocial e espiritual do indivíduo e da coletividade.

Em contrapartida, o perfil do profissional que tem visão reabilitadora com cerne na doença e não paciente, além da alta demanda de usuários foram os principais fatores que levam à fragilidade da integralidade.

Percebe-se que a estrutura curricular com o estágio integrado potencializou a formação dos estudantes, sendo um diferencial marcadamente reconhecido por eles. O investimento em metodologias ativas de ensino e a permanência da inserção precoce na prática são fatores merecem destaque.

V. REFERÊNCIAS

1. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos Atribuídos à Integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface*. 2017; 21(62):589-99.
2. Lins KGV, Barbosa LNF, Carréra M, Menezes T, Santos ZC. Percepção de Residentes e Preceptores Sobre Integralidade da Atenção à Saúde em Programa de Residência Multiprofissional. *Rev Diálogos*. 2017;17:61-88.
3. Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciência & Saúde*. 2008; 1(1): 24-32.
4. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Rev Baian de Saú Públ*. 2007; 31(1): 20-31.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acessado 2019 mar 03]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
7. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexão sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciên Saúde*. 2009; 16(3):655-668.
8. Oliveira IC, Cutolo RLA. Humanização como expressão de Integralidade. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 502-506.
9. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciê Saúde Colet*. 2011; 16(Supl. 1):1535-1546.
10. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Rev Baian de Saú Públ*. 2007; 31(1): 20-31.
11. Brasil. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 2002 mar. 4 [acesso em 2017 abr. 10]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>
12. Machado D, Carvalho M, Machado B, Pacheco F. A Formação Ética do Fisioterapeuta. *Fisioter em Mov*. 2007; 20(3):101-105.
13. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciê Saúde Colet*. 2007; 12(6):1673-1381.
14. McMahan S, O'Donoghue G, Doody C, O'Neill G, Barrett T, Cusack T. Standing on the precipice: Evaluating Final-Year Physiotherapy Students' Perspectives of Their Curriculum as Preparation for Primary Health Care Practice *Phys Canada*. 2016; 68(2): 188-196.
15. Korpi H, Peltokallio L, Piirainen A. Problem-Based Learning in Professional Studies from the Physiotherapy Students' Perspectives. *The Intern Journ of PBL*. 2019; 13(1):1-19.
16. Gunn H, Hunter HD, Haas BM. Problem Based Learning in Physiotherapy education: A practice perspective. *Physiotherapy*. 2012; 98(4): 335-340.

17. Imafuku R, Kataoka R, Mayhara M, Suzuki H, Saiki T. Students' Experience in Interdisciplinary Problem-based Learning: A Discourage Analysis of Group Interaction. *The Intern Journ of PBL*. 2014; 8(2):1-19.
18. Dolmans DHJM, De Grave W, Wolfhagen IHAP, Van der Vleuten CPM. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Med Educat*. 2005; 39:732-741.
19. Faculdade Pernambucana de Saúde [homepage na internet]. Curso de Graduação em Fisioterapia [acesso em 02 de junho de 2019]. Disponível em: <https://www.fps.edu.br/cursos/graduacao/fisioterapia>.
20. Almeida SM, Martins AM, Escalda PMF. Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde da perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2014; 21(3): 271-278.
21. Signorelli MC, Israel VL, Corrêa CL, Motter AA, Takeda SYA, Gomes ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisioter Mov*. 2010; 23(2): 331-340.
22. Aguilard-da-Silva RH, Rocha Júnior AM. Avaliação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática do curso de fisioterapia. *Rev E-Curriculum*. 2010; 5(2): 1-20.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

7.6 APÊNDICE 6 – GUIA SOBRE INTEGRALIDADE NA SAÚDE

Integralidade na Saúde

Guia para Estudantes e Profissionais de Saúde



VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO 1 – PARECER DO CEP

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integralidade na Saúde: Vivência de Estudantes de Fisioterapia em uma Instituição Privada de Pernambuco

Pesquisador: MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87127718.4.0000.5569

Instituição Proponente: FPS - FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAUDE S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.624.085

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de grupo focal

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Investigar a vivência da integralidade em saúde de estudantes do último período do curso de fisioterapia.

Objetivos específicos

- Identificar as noções de integralidade em saúde dos estudantes.
- Conhecer as posturas e posicionamentos dos estudantes frente às diversas situações vividas nos diferentes cenários de prática.
- Conhecer como a vivência no estágio tem contribuído para solidificar a noção de integralidade na saúde para os estudantes.
- Elaborar um guia com as diretrizes de integralidade para estudantes e profissionais de saúde, a partir da vivência de discentes nos cenários de estágio curricular.
- Elaborar relatório técnico para a Instituição com os resultados da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente descritos

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etca@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 2/24.055

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

...

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais e critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1094581.pdf	06/04/2018 18:18:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	06/04/2018 18:18:20	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.docx	06/04/2018 18:14:43	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderoisto(fps).pdf	06/04/2018 18:06:41	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito
Outros	Curriculopesquisadoras.docx	26/03/2018 20:24:03	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito
Outros	Anunciassassinada.pdf	20/03/2018 20:19:43	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito
Outros	Roteirodogrupofocal.docx	20/03/2018 20:04:08	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	20/03/2018 19:58:30	MARIA JULIA DE SIQUEIRA E TORRES NUNES	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4801
Bairro: IMBIBÉRIA CEP: 51.150-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fpa.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Certificação de Recurso: 2.024.055

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 26 de Abril de 2018

Assinado por:
Ariani Imperi de Souza
(Coordenador)

Endereço: Avenida Manoel de Moraes, 4801

Cidade: IMBIBERA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (01)3312-7755

E-mail: correla@ps.edu.br

8.2 ANEXO 2. DIRETRIZES PARA AUTORES

CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA

DIRETRIZES PARA AUTORES

A revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia acolhe manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol, relativos ao seu escopo, nas seguintes modalidades:

Artigos originais: Materiais inéditos, oriundos de resultado de pesquisa científica inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas do escopo da revista. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 15 páginas e deve apresentar as seguintes seções: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusões; e Referências. O artigo pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos). São aceitos Estudos Observacionais, Estudos Experimentais e Estudos Qualitativos.

Artigo de revisão

- **Artigo de revisão sistemática:** Apresentação da síntese dos resultados de diferentes estudos originais com o propósito de responder um questionamento específico. O texto deve detalhar o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão e/ou exclusão na revisão. O artigo pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos).

- **Artigo de revisão integrativa:** Tem como objetivo apresentar a síntese dos resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Este tipo de artigo fornece informações amplas sobre determinada temática, tornando-se corpo de conhecimento de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao tema abordado. O artigo precisa apresentar detalhadamente as 6 etapas de elaboração de uma revisão integrativa e pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos).

- **Artigo de revisão narrativa:** Análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre determinado tema ou atualização sobre temática controversa ou emergente. Artigo elaborado por especialista a convite dos editores. O artigo pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos)

Ensaio Teórico: Textos resultantes de reflexões inovadoras sobre temas atuais dentro do escopo da revista (textos com estrutura livre e com até 15 páginas).

Relato de Experiência: São artigos que descrevem condições de experiência dos autores em determinado campo de atuação. Devem mostrar reflexão sobre a prática, podendo apontar caminhos para estudos sistemáticos de caráter exploratório ou não. Tais relatos devem ter caráter não apenas descritivo, mas também crítico e reflexivo. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 15 páginas e deve apresentar as seguintes seções: Contextualização; Descrição da experiência; Resultados e impactos; Considerações finais; e Referências. O artigo pode conter até cinco ilustrações (gráficos, tabelas, figuras e anexos)

Cartas: Devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados nessa revista. Tamanho máximo de 2 páginas incluindo no máximo 6 referências. Sempre que possível uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Resumos de Tese e Dissertação: Descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até uma página. O material deverá conter: título, autor, orientador, identificação completa do programa de pós-graduação e da instituição na qual o trabalho foi desenvolvido. A publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.

Espaço aberto: Textos não classificáveis nas categorias acima, que o conselho editorial julgue de especial relevância, que problematizem temas polêmicos e/ou atuais, incluindo relatos e séries de caso (texto com estrutura livre e até cinco páginas).

Crítérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos manuscritos de maneira que possam assumir, publicamente, a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A autoria deve ser baseada na participação i) da concepção e do desenho ou da análise e interpretação dos dados; ii) da redação do artigo ou da revisão crítica do conteúdo; e iii) da aprovação final da versão a ser publicada. A participação apenas na obtenção de fundos e coleta de dados não caracterizam a autoria

Responsabilidade dos autores

O conteúdo e opiniões expressas nas publicações desta revista são de responsabilidade exclusiva dos autores.

A submissão do manuscrito aos Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia implica que o trabalho não tenha sido publicado na íntegra em outro periódico ou veículo de comunicação, impresso ou eletrônico, e que não esteja sob consideração para publicação em outra revista.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Essas informações devem constar na folha de rosto do artigo

Aspectos éticos relacionados a pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na *Declaração de Helsinque* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008 - disponível em <http://www.wma.net>).

Para as pesquisas com seres humanos realizadas no Brasil, os autores devem observar integralmente, as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº

466, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e nº 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>), e em resoluções complementares, para situações especiais.

Os estudos realizados em outros países devem estar de acordo com Committee on Publication Ethics (COPE).

Os procedimentos éticos adotados no estudo devem ser apresentados no último parágrafo da seção de métodos, contendo o número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares do participante deve ser evitado. O participante não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso mediante assinatura do Termo de Autorização de Utilização de Imagem.

O parecer de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como o Termo de Autorização de Utilização de Imagem, quando for o caso, deverão ser enviados, em formato PDF, no momento da submissão pelo recurso envio de documentos suplementares.

A menção de instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. Caso haja reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros deve ser apresentada a autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais.

Preparo dos manuscritos para submissão

A elaboração dos os manuscritos deve ser orientada pelo documento Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE.

A versão original – em inglês – encontra-se disponível no endereço <http://www.icmje.org>, e a versão traduzida para o português pode ser acessada pelo endereço <https://goo.gl/HFaUz7>.

Forma e apresentação do manuscrito

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas 1,5, fonte Arial e tamanho 12. Não são aceitas notas de rodapé.

Em todas as seções, o texto deve ser estruturado a partir de títulos e subtítulos das seções, à esquerda, sem numeração. Os títulos deverão ser digitados em negrito e os subtítulos em itálico.

Cada manuscrito deverá conter, obrigatoriamente:

- Folha de rosto

A folha de rosto deve ser separada do corpo do texto e inserida no campo “docs. Suplementares” para garantir a avaliação cega entre os pares. A folha de rosto de conter:

- a) Modalidade do manuscrito
- b) Título do trabalho, em português e inglês;
- c) Título abreviado, com até 40 caracteres;
- d) Nome completo dos autores e informações sobre o vínculo institucional (curso, unidade setorial, instituição);
- e) Nome do autor correspondente, com endereço completo, e-mail e telefone.
- f) Informações sobre fonte de financiamento (incluindo número de processo, quando pertinente) e de bolsas concedidas;
- g) Informação sobre o trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, trabalho de conclusão de residência, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo, título do trabalho, ano de defesa e instituição, se pertinente.

- Corpo do texto

Título e identificação

O título deve ser preciso e conciso, em negrito e centralizado, fonte Arial, tamanho 12, maiúscula, logo abaixo deve constar a versão em inglês, não devendo ultrapassar o número máximo de 18 palavras.

Resumo

O resumo deverá ser redigido em parágrafo único, com no máximo 300 palavras, não devendo conter citações de autores, datas ou referências.

Os resumos de artigos originais deverão apresentar as seções: objetivo, métodos, resultados e conclusões. No relato de experiência o resumo deverá conter contextualização, descrição da experiência, impactos e considerações finais. Nas demais modalidades deverá conter introdução, desenvolvimento e considerações finais.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas de três a cinco palavras-chave, para fins de indexação do trabalho, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Deverão ser apresentadas com a primeira letra em maiúsculo e separadas por ponto e vírgula entre elas. Os DeCS podem ser consultados no seguinte endereço: <http://decs.bvs.br>.

Abstract

O resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português, seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente. A versão em inglês do resumo deve ser fiel a versão em português.

Keywords

Deverá ser apresentada a versão em inglês das mesmas palavras-chaves pesquisadas nos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscrito nas modalidades de artigo original e artigo de revisão deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Referências. Para os artigos de relatos de experiência, as seções apresentadas devem ser: Contextualização, Descrição da experiência, Resultados e Impactos, Considerações Finais e Referências. As ilustrações (tabelas, figuras, quadros e anexos) deverão ser referidas no texto e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável) pelo recurso “docs. Suplementares”.

Definição e conteúdo das seções:

Introdução (Artigos Originais)

Deve ser objetiva e conter breve revisão da literatura relatando o contexto e a situação atual dos conhecimentos sobre o tema e apresentação do problema, a lacuna do conhecimento, destacando sua relevância e a justificativa para a realização do estudo. Devem ser pertinentes e alinhadas ao(s) objetivo(s) do manuscrito, os quais devem estar explicitado(s) ao final desta seção.

Método (Artigos Originais)

O método deve ser descrito de forma clara devendo conter: delineamento do estudo, processo de seleção e alocação dos participantes, procedimentos e instrumentos de coleta, análise dos dados e os critérios de mensuração do desfecho de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo.

Nos estudos envolvendo seres humanos, o último parágrafo deve apresentar o número de parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem com as informações relativas a utilização de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e/ou termo de assentimento (TA).

Resultados (Artigos originais)

Apresentar os resultados em sequencia lógica, de forma sintética e concisa. Expôr os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Apresentar tabelas ou figuras de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística, se houver, evitando repetir no texto os dados ilustrados.

Discussão (Artigos Originais)

A discussão deve conter a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e a comparação dos achados com a literatura, comentando e explicando as diferenças encontradas. Deve incluir a avaliação dos autores sobre as limitações do estudo e sobre os seus principais desdobramentos com indicação para novas pesquisas. Deve explicitar a contribuição do estudo para a área de conhecimento abordada.

Os trabalhos de natureza qualitativa podem juntar as partes resultados e discussão ou mesmo ter nomeações diferentes das partes, sem fugir da estrutura lógica de artigos científicos.

Conclusões (Artigos Originais)

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos da pesquisa, bem como, indicar caminhos para continuidade do estudo.

Contextualização (Relatos de Experiência)

Deve ser objetiva e conter breve revisão da literatura relatando o contexto e a situação atual dos conhecimentos sobre o tema e apresentação do problema, a lacuna do conhecimento, destacando sua relevância e a justificativa para a realização do estudo. Devem ser pertinentes e alinhadas ao(s) objetivo(s) do manuscrito, os quais devem estar explicitado(s) ao final desta seção.

Descrição da Experiência (Relatos de experiência)

Nos casos de relatos de experiência deve-se descrever detalhadamente a população envolvida, o local e período de realização, a descrição das ações realizadas, os critérios de mensuração/acompanhamento/avaliação utilizados, as dificuldades e potencialidades identificadas na experiência.

Resultados e Impactos (Relatos de Experiência)

Nos casos de relato de experiência deverão ser apresentados os principais resultados indentificados, os impactos da experiência, e uma análise crítica e reflexiva sobre a experiência, as dificuldades encontradas e as estratégias empregadas para superá-las.

Considerações Finais (Relatos de Experiência)

Indicar como a experiência contribuiu para avanços sobre o problema apresentado, como pode ser empregada em outras realidades, bem como as principais potencialidades da experiência e os desafios a serem transpostos.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar nesta seção e vice-versa, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Evitar número excessivo de referências e as de difícil acesso, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes, sugere-se dar preferência para referências dos últimos 5 anos.

Com exceção dos artigos de revisão, o número máximo de referências deve ser 30, sendo os autores responsáveis pela exatidão dos dados constantes nas mesmas.

As referências devem ser numeradas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem parênteses ou datas, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 5, 13-17).

Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais. Os títulos dos periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals do Index Medicus*. Os títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso.

O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

A seguir seguem os modelos de referências definidas pelos editores:

1. Artigo padrão (até seis autores)

Bertoncello D, Pivetta HMF. Diretrizes curriculares nacionais para a graduação em fisioterapia: reflexões necessárias. *Cad Edu Saude e Fis* 2015; 2(4): 71-84.

1. Artigo padrão (mais de seis autores)

Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(2): 197-206.

1. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

1. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

1. Livro – Individuo como autor

Powers SK, Howley ET. Fisiologia do exercício. Barueri, SP: Manole; 2017.

1. Livro – Organizador ou compilador como autor

Castro JL, Dias MA, Oliveira RFS, organizadores. A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores. Natal, RN: Uma, 2017.

1. Livro – Instituição como autora

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. [Caderno de Atenção Básica, n. 27]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

1. Capítulo de livro

Schiavone AP. Diálogo entre a gestão do trabalho e a educação nos serviços de saúde. In: Castro JL, Dias MA, Oliveira RFS, organizadores. A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores. Natal, RN: Uma, 2017. P. 13-16.

1. Dissertação

Araújo FRO. Discursos e práticas na formação de profissionais fisioterapeutas: a realidade dos cursos de fisioterapia na região nordeste do Brasil [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

1. Tese

Brito GEG. O processo de trabalho na estratégia saúde da família: um estudo de caso [tese]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE; 2016.

1. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

1. Documentos eletrônicos – Artigo

Cattani RB, Girardo-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev Eletronica Enferm [Internet] 2004 [acessado 2013 dez 12]; 6(2): 254-271. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/sumario.html.

1. Documento eletrônico – Instituição com autora

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O Critério de Classificação Econômica Brasil 2014. [Internet]. [Acessado 2014 Jul 20]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

1. Documento eletrônico – Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 963, de 27 de maio de 2013. Redefini a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acessado 2016 mar 14]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto.

Tabelas, figuras, gráficos e anexos

As tabelas, figuras, gráficos e anexos são limitadas a cinco (5) no total, que não serão computados no número de páginas permitidas no manuscrito, que deverão ser inseridas no final do manuscrito (quando possível) ou enviadas em arquivo separado, em formato editável, pelo recurso “docs. Suplementares”.

No texto deve estar demarcada a localização das tabelas, figuras, gráficos e anexos para a sua inserção na versão final. Em caso de tabelas, figuras, gráficos e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor.

Tabelas: devem ser apresentadas em arquivo de texto e incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido de uma página) ou pequenas, com dados que possam ser descritos no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos. Todas as tabelas deverão conter título autoexplicativo com local de realização do estudo e ano. As siglas e símbolos utilizados deverão estar descritos no rodapé da tabela.

Figuras e gráficos: devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Deve ser evitado a inserção de figuras e gráficos

grandes (máximo permitido de uma página). Todas as figuras e gráficos deverão conter título autoexplicativo com local de realização do estudo e ano.

Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em alta resolução ou em sua versão original. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação (imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, outros tipos de gráficos devem ser produzidos em programa de imagem - *photoshop ou corel draw*).

Serão aceitos anexos aos trabalhos quando contiverem informação original importante ou algum destaque que complemente, ilustre e auxilie a compreensão do trabalho.

Envio de manuscrito

O envio de manuscritos é realizado exclusivamente pelo sistema eletrônico de submissão, disponível no endereço www.abenfisio.com.br.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Folha de rosto deverá ser inserida no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”, conforme as normas da revista;
2. Corpo do texto atendendo as normas da revista para cada categoria: artigo original, relato de experiência, revisão de literatura, espaço aberto, ensaio teórico, cartas, resumos de dissertações e teses.
3. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, quando indicado, deverá ser inserido no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;
4. Ilustrações (imagens, tabelas, gráficos e figuras), deverão ser inseridas no final do manuscritos, conforme as normas da revista, com sua devida localização marcada no corpo do texto, quando possível, ou enviadas em arquivo separado, em formato editável, no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;
5. Termo de autorização de utilização de imagem, quando pertinente, deverá ser enviado em formato PDF no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;

Processo de julgamento

O conteúdo e opiniões expressas são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Os manuscritos submetidos serão acolhidos pelo Conselho Editorial para análise técnica para verificação de sua adequação às normas e à política editorial da revista.

Os manuscritos aptos a ingressarem ao processo de revisão externa por pares serão enviados para apreciação por dois pareceristas com reconhecida expertise na área da temática do manuscrito (revisores *ad hoc*), garantindo-se o anonimato de ambas as partes. Esta etapa consiste na avaliação do mérito científico e do conteúdo dos manuscritos, no qual os revisores fazem críticas construtivas para o aprimoramento do material. Caso os revisores solicitem ajustes, os autores devem cumprir os mesmos no prazo estipulado para que o manuscrito não seja considerado como nova submissão.

Após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa pelos pares, o núcleo editorial avaliará novamente o manuscrito, verificando o atendimento às sugestões dos revisores *ad hoc*.

Os manuscritos aprovados serão submetidos a edições de texto, podendo ser solicitados novos ajustes. Os manuscritos aprovados serão publicados em ordem cronológica.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte Arial de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.
7. Autorizo a publicação e transferência dos direitos autorais para os Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia.

Declaração de Direito Autoral

- a. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution](#) que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia foi avaliada como B2 na área de Ensino, B3 na área de Serviço Social, B4 nas áreas de Saúde Coletiva, Interdisciplinar, Enfermagem e Educação Física e B5 na área de Medicina II e Arquitetura, Urbanismo e Design no QUALIS/CAPES - Quadriênio 2013-2016.