

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

LIANNA RAMALHO DE SENA ROSA

FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA E SUA PRÁTICA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

FORTALEZA - CEARÁ

2012

LIANNA RAMALHO DE SENA ROSA

**FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA E SUA PRÁTICA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientação: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA - CEARÁ

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário(a) Responsável – Giordana Nascimento de Freitas CRB-3 / 1070

R788f Rosa, Lianna Ramalho de Sena

Formação do fisioterapeuta e sua prática no sistema único de saúde: um estudo das representações sociais / Lianna Ramalho de Sena Rosa. — 2012.

CD-ROM. 83 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências de Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

LIANNA RAMALHO DE SENA ROSA

FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA E SUA PRÁTICA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE:

Um estudo das representações sociais

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Mestre em Saúde Pública. Área de
Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30 /11 / 2012.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.ª Dr.ª Maria da Penha Lima Coutinho
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Prof.ª Dr.ª Edmara Chaves Costa
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

À minha família, representação maior de amor, apoio e compreensão; por entender minha ausência e acreditar em mim, sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, que me fez viver suas palavras quando diz que “o coração do homem pode fazer planos, mas a resposta certa dos lábios vem do Senhor (Pv 16,1)” e que “tudo tem seu tempo determinado e há tempo para todo propósito debaixo do céu (Ec 3,1)” pois o Senhor preparou meu caminho e mudou meus planos; me deu forças quando eu achava que não conseguiria mais; me deu paciência e perseverança para enfrentar os obstáculos e, sobretudo, me fez enxergar que sem Ele nada podemos fazer; mas com Ele tudo é possível!

Agradeço a minha orientadora, Profa Dra Maria Salete Bessa Jorge, referência de competência e credibilidade como pesquisadora, por ter me dado oportunidade de aprender, não apenas com livros, artigos e manuais de softwares, mas com outros professores e vivências, sempre com o objetivo de alcançar os melhores resultados.

Agradeço à Profa Dra. Edmara Chaves Costa, que me apresentou à Teoria das Representações Sociais e me apoiou no processo de construção dessa dissertação, sempre com muita atenção e presteza.

Agradeço à Profa Dra. Maria da Penha Lima Coutinho, pela disponibilidade desde o primeiro contato em transmitir seus conhecimentos e ajudar no que fosse preciso para a realização deste trabalho.

Agradeço à Universidade Estadual do Piauí e Universidade de Fortaleza, em nome dos gestores, discentes e docentes do curso de Fisioterapia, por colaborarem para realização dessa pesquisa.

Agradeço à Universidade Estadual do Ceará, em nome dos docentes do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública; e dos funcionários do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e Doutorado em Saúde Coletiva, pelo trabalho cordial, atenção e disponibilidade aqui representados por: Regina Cláudia Freire, Mairla Alencar e Dona Maria.

Agradeço a todos os colegas da minha turma de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública 2011.1, que me receberam com muito carinho, ajudaram e acompanharam minha trajetória; aos colegas do grupo de pesquisa, Danielle Christine Moura dos Santos, Jardeliny Corrêa da Penha, Lourdes Suelen Pontes Costa, Evelyne Viana de Franca, Levi Alves Barreto, Euton Freitas de Castro Júnior, com quem trabalhei diretamente e/ou me ajudaram de alguma forma e, com quem aprendi que é possível com respeito e diálogo buscar o bem comum e construir vínculo e afeto, ainda que em meio à crise; e a todos com os quais não tive a oportunidade de trabalhar, mas que torceram pela minha vitória.

Agradeço à família Albuquerque de Sousa, que abriu as portas do seu lar para que eu me instalasse temporariamente até encontrar um lugar para morar; às minhas amigas fortalezenses de antes e de sempre que comemoraram, viveram e até sofreram esse mestrado junto comigo; e aos amigos e amigas que conquistei e passaram a fazer parte dessa corrente do bem, com muita compreensão e transmitindo sempre palavras e pensamentos positivos.

Agradeço aos *amigos* teresinenses, que acreditaram, torceram e comemoraram essa nova etapa da minha vida e me deram força nos momentos de transição e naqueles que achei que não aguentaria a distância da nossa terra.

E, por fim, agradeço àqueles que são a base para que eu possa buscar e realizar meus sonhos: MINHA FAMÍLIA! Um agradecimento especial para Meu Pai Manoel, minha Mãe Nevinha e minha Madrasta Francisca, pela doação, generosidade, apoio incondicional, compreensão e renúncia dos seus próprios desejos para que eu pudesse concretizar os meus; minha irmã Lorena, com meus sobrinhos João Israel, Lia Raquel e Lourdes Maria, e meu irmão Giuliano que amenizaram a distância com suas visitas sempre que possível; minhas irmãs caçulas, Livinha e Larissinha, que tiveram que aceitar minha ausência e que tanto derramaram lágrimas por isso, fazendo sempre uma contagem regressiva para o dia que eu retornaria (amor “do tamanho do universo”); à minha querida Avó Iaiá (*in memorian*) que me abençoou e me “mandou” ser feliz em Fortaleza, antes de ir ao encontro de Deus; às minhas tias e tios, primas e primos que torceram e acompanharam toda a minha trajetória sempre na torcida pelo sucesso.

"Não são as espécies mais fortes e nem as mais inteligentes que sobrevivem, mas sim aquelas que melhor respondem às mudanças".

...Charles Darwin

RESUMO

ROSA, L.R.S. **Formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde: um estudo das representações sociais.** 2012. Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 80 p.

O objetivo geral da presente dissertação foi apreender como se dá a formação do profissional Fisioterapeuta para atuação no Sistema Único de Saúde na perspectiva do discente e do docente conformatado pelas representações sociais. Trata-se de um estudo de multimétodos. O cenário da pesquisa de campo situou-se em duas universidades, localizadas nos municípios de Fortaleza, no Ceará, e Teresina, no Piauí. Nesses espaços, ocorre a formação acadêmica dos discentes de Fisioterapia, para futura atuação no Sistema Único de Saúde. Na pesquisa de campo, nove discentes do primeiro ano e nove discentes do último ano da graduação em Fisioterapia responderam o questionário sociodemográfico e treze docentes responderam a uma entrevista em profundidade. Os conteúdos da entrevista foram apreendidos e analisados pela Análise Lexical do software Alceste, por meio do procedimento padrão. Os resultados foram discutidos à luz da literatura especializada, indicando bastante convergência dos achados. Demonstraram que as representações sociais dos fisioterapeutas são objetivadas na reabilitação e na fragilidade da formação para o SUS. Os participantes percebem sua atuação nos três níveis de atenção à saúde, veem a importância do trabalho em equipe e têm expectativas para a sua atuação, porém estes achados encontram-se distanciados da formação acadêmica voltada para o modelo de atenção à saúde, regido pelo SUS, processo que vem se modificando com as novas diretrizes curriculares para o curso de graduação em Fisioterapia e que num futuro próximo possibilitarão um reorganização do processo ensino-aprendizagem, mudanças de conteúdo disciplinar e avanços das estratégias de ensino para o trabalho no SUS.

Palavras-chave: Formação. Fisioterapia. Sistema Único de Saúde. Saúde Coletiva. Representações sociais.

ABSTRACT

ROSA, L.R.S. **Formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde: um estudo das representações sociais.** 2012. Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 80 p.

The general aim of this thesis was to understand how is the training of professional Physiotherapist to work in the National Health System in the perspective of the student and the teacher resigned on social representation. This is a study of multimétodos. The scenario of fieldwork stood at two universities located in the cities of Fortaleza, Ceará, and Teresina, Piauí. In these areas, there is the academic formation of Physiotherapy students for future work in the National Health System In field research, nine students of first year students and nine of the last year of undergraduate Physiotherapy answered a sociodemographic questionnaire and thirteen teachers answered an in depth interview. The contents of the interview were seized and analyzed by the software Alceste Lexical Analysis, through the standard procedure. The results were discussed in light of the literature, indicating fairly convergence of findings. Demonstrated that social representations of physiotherapists are objectified in rehabilitation and training for the fragility of SUS. Participants see their performance in the three levels of health care, they see the importance of teamwork and have high expectations for their performance, but these findings are distanced from the academic oriented model of health care, governed by SUS process that has been modified with the new curriculum guidelines for undergraduate degree in Physiotherapy in the near future and that will enable one reorganization of the teaching-learning, content changes and advances disciplinary teaching strategies to work in SUS.

Descriptors: Training. Physiotherapy. Unified Health System Health. Social representations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente (análise padrão) – Entrevistas (N=31)

Figura 2 - Análise fatorial de correspondência em contribuição do *corpus* das entrevistas

Figura 3 - Análise fatorial de correspondência em correlação do *corpus* das entrevistas

LISTA DE SIGLAS

AACD – Associação de assistência à criança defeituosa

ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

CES – Câmara de Educação Superior

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CHM – Carga horária mínima

CNE – Conselho Nacional de Educação

GM – Gabinete ministerial

INAR – Instituto Nacional de Reabilitação

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IR – Instituto de Reabilitação

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de apoio à saúde da família

OMS – Organização Mundial de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UECE- Universidade Estadual do Ceará

UESPI – Universidade Estadual do Piauí

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1.0 ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO DE PESQUISA.....	13
1. O encontro do pesquisador com o objeto.....	13
1.1. O encontro do pesquisador com o objeto.....	13
1.2. O objeto de estudo e seus questionamentos.....	15
1.2.1. Surgimento da Fisioterapia e as suas diretrizes nacionais.....	16
1.2.2. A Fisioterapia no Brasil e suas interfaces com a saúde coletiva.....	21
1.3. Questionamentos e pressupostos.....	25
1.4. Objetivos.....	26
2.BASE TEÓRICA.....	28
2.1.A teoria das representações sociais.....	28
3. DESENHO METODOLÓGICO.....	38
3.1. Natureza e tipo da pesquisa.....	38
3.2. Cenários da pesquisa.....	38
3.3. Participantes da pesquisa.....	39
3.4. Técnicas, instrumentos e procedimentos metodológicos de coleta de dados...40	
3.5. Plano de análise.....	42
3.6. Questões éticas.....	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1. Significado do SUS para os fisioterapeutas: expectativas na atuação da Fisioterapia e trabalho em equipe, da prevenção à reabilitação.....	51
4.2. Formação do Fisioterapeuta para o SUS: representações sociais.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	72
ANEXOS.....	77

1 - O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO DE PESQUISA

1.1. O encontro do pesquisador com o objeto de pesquisa.

Na busca por uma melhor formação em Fisioterapia, inicio a trajetória dessa dissertação em janeiro de 2008, quando, como egressa do curso de Fisioterapia, tive a oportunidade de atuação profissional em um município do interior do Piauí, exatamente no período em que o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.

Reportando-me à minha graduação, percebi que tivemos uma introdução teórica apenas com transmissão de conhecimento acerca da história da Saúde Pública no Brasil e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) sem, no entanto, contextualizar o Fisioterapeuta nesse processo. Já numa visão ampla dos campos de atuação do Fisioterapeuta, fomos seduzidos pelas tecnologias de ponta que estavam ao nosso alcance para sermos futuros profissionais eminentemente reabilitadores.

Uma nova aproximação com a Saúde Pública voltou a ocorrer durante o estágio supervisionado em Fisioterapia Comunitária, no último ano do curso, por apenas um período, sem mudanças no perfil de formação pautada na doença e na reabilitação, com vivência mínima de atuação na prevenção e promoção da saúde, sendo assim insuficiente para representar, entre os estudantes, a realidade do mercado de trabalho.

E, ao entrar nesse mercado de trabalho, pela Saúde Pública, tive que aprender na prática os princípios do SUS, conceitos como integralidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade. Sentia a necessidade de ampliar meu campo de visão e atuação, compreender melhor o campo da saúde coletiva, de outros saberes para minha formação e, com o incentivo da Enfermeira Brenda Ozório, Secretária de Saúde vigente, passei a buscar referenciais junto às políticas públicas como a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, para levar aos

gestores municipais e agilizar a implantação do NASF, mostrando a importância do profissional Fisioterapeuta integrado às equipes da Estratégia Saúde da Família existente no município.

Ficou evidente a dificuldade de articular a Fisioterapia com o SUS, pois era necessário participar do processo de forma ativa e realizar uma assistência fisioterapêutica não apenas reabilitadora, cultivada tanto na minha formação quanto na população e, ainda, me integrar às equipes multiprofissionais que planejavam suas ações sem o profissional Fisioterapeuta, o que gerou mudanças e os forçaram a vivenciar uma interdisciplinaridade, já que precisavam reorganizar os fluxos dos usuários para atender a uma demanda antes inexistente pela ausência da oferta do serviço de Fisioterapia no município.

Iniciou-se então pelo trabalho de educação em saúde nas escolas, postos de saúde e, entre a população em geral. Dessa forma, houve a integração com as equipes de multiprofissionais, acompanhando-os em diferentes localidades na zona rural do município, identificando situações de promoção, prevenção e, também, reabilitação da saúde, todas de atuação do Fisioterapeuta.

Por meio desse trabalho interdisciplinar e da interação com a população, nossa visão em relação à saúde e à formação dos profissionais Fisioterapeutas foi se modificando cada vez mais. Notávamos que na graduação as atividades junto à população deveriam ser realizadas desde o início do curso, de forma transversal, e não somente em disciplinas como Saúde Pública e Fisioterapia Comunitária. Compreendemos que a formação não se restringia aos conteúdos ministrados nas disciplinas, aos grandes centros equipados com aparelhos ultramodernos e às técnicas de aplicação destes, mas a outros campos do conhecimento, de saberes adquiridos na prática e no trabalho em equipe.

Em 2011, surgiu a oportunidade de fazer um mestrado na área da Saúde Pública, então os questionamentos que permearam esta experiência como profissional do SUS foram trazidas para o objeto de estudo, o que delimitou a pesquisa para o estudo da formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde.

1.2. O objeto de estudo e seus questionamentos.

A Fisioterapia vem experimentando um crescimento vertiginoso nas últimas décadas, e a preocupação quanto à formação dos fisioterapeutas tem acompanhado esse crescimento, já que uma das áreas menos problematizadas na formulação de políticas do SUS é a da formação. Esse campo carece de formulações construídas intelectualmente desde a gestão em saúde, essas operadas, quase sempre, desde as propostas conteúdo-curriculares. De outro lado, na educação, como setor específico das políticas públicas, não se observa a discussão da docência e do ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde (FEUERWERKER, 2002).

As condições de surgimento e evolução da fisioterapia, que ocorreram sempre em função da necessidade de promover a reabilitação, influenciaram sobremaneira a formação acadêmica na direção de uma atuação muito voltada para o tratamento de sequelas, realizadas em serviços de atenção secundária e terciária. Caracterizou-se, assim, a formação de um profissional de função eminentemente reabilitadora, voltado para questões individuais de saúde, mais direcionado às doenças e suas sequelas, atuando primordialmente em centros de reabilitação e hospitais (SILVA; DA ROS, 2007).

Em decorrência dessa formação, existe um certo despreparo do fisioterapeuta para atuar em serviços de atenção básica, cuja simplificação tecnológica exige maior criatividade para execução do tratamento, fazendo-se necessária uma adaptação dos procedimentos à realidade social onde o trabalho é desenvolvido (DIAS, 2006).

Contudo, o Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apoiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

Assim, a formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde foram abordadas pela Teoria das Representações Sociais, que buscou apreender as representações sociais dos discentes e docentes do curso de Fisioterapia sobre sua formação e sua prática no SUS, em duas capitais do nordeste brasileiro.

A Teoria das Representações Sociais já está de certa maneira consolidada no meio acadêmico e conforme Sá (1998) desdobra-se em pelo menos três abordagens: a primeira é uma continuidade da obra original, tem um viés antropológico e sido mais difundida por Denise Jodelet (2001); a segunda, através de Willem Doise (1990), centra-se nas condições de produção e circulação das representações sociais e a terceira sendo representada por Jean Claude Abric (1998), que dá ênfase à dimensão cognitivo-estrutural conhecida como Teoria do Núcleo Central (MACHADO; ANICETO, 2010).

Optou-se por trabalhar uma instituição de ensino superior no Ceará e outra no Piauí, abrangendo os discentes e docentes do primeiro e último ano do curso, por se tratarem de grupos com percepção diferentes para uma mesma formação; além do mais, constituem uma parcela da população que faz parte dos futuros e atuais profissionais de saúde da Saúde Pública no Brasil.

Espera-se que os resultados possam levar a uma reflexão para mudanças na formação desses profissionais, adequando sua formação à prática no Sistema Único de Saúde, assim como chamar a atenção dos profissionais e da sociedade para a importância do profissional Fisioterapeuta na Saúde Pública, atuando em sua integralidade.

1.2.1. Surgimento da Fisioterapia e as suas diretrizes nacionais.

A educação superior em saúde no Brasil tem início em 1808, com a vinda da família real portuguesa. Até o Brasil República, Medicina, Farmácia e Odontologia caracterizavam a educação superior em saúde no Brasil. Na Primeira República, temos o desamparo da Enfermagem. Somente nos últimos quarenta anos, final do

século passado, o país vai assistir ao crescimento das profissões de saúde, assim como à expansão da oferta de cursos nas várias profissões abrangidas pela área. (CECCIM, CARVALHO, 2006)

Predominava no Brasil, até a República, a formação de práticos. Diversas formações contavam com a obtenção de um “Certificado de Aptidão”, mas o ensino fundamentalmente era livre, aprendia-se com os profissionais mais experientes e no desenvolvimento do exercício dedicado. O currículo e a pedagogia universitária eram auto regulamentados, sem currículo mínimo ou diretrizes curriculares nacionais (IDEM, 2006).

Desde o Relatório Flexner, na década de 1910 e 1920, temos na seleção de conteúdos, metodologias e formas de avaliação da hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde, uma educação dos profissionais de saúde marcada por uma ciência das doenças; um corpo entendido como o território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos. Essa formação tem contribuído sobremaneira para a precoce especialização, um desejo pela superespecialização e a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (IBIDEM, 2006).

Além das características históricas da profissão, para Ragasson (2003), perpetua-se o profissional reabilitador devido à priorização das ações curativas pelos cursos de Fisioterapia existentes no Brasil. Essa priorização é uma herança da educação médica ocidental, em que os países capitalistas sofreram forte pressão econômica dos Estados Unidos, no século XIX, para fixar diretrizes no ensino da Medicina, substituindo o treinamento apoiado na observação empírica pelo rigor objetivo e técnico do método científico, adotando o Relatório Flexner (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

Esse relatório defendia um ensino em que o corpo humano era conceituado segundo sistemas e órgãos independentes, e a ênfase recaía na necessidade de permitir ao aluno o completo domínio da Ciência médica. Os principais impactos na Medicina decorrentes do emprego do relatório no seu ensino foram: a pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial, a supervalorização da Medicina de caráter

curativo e hospitalar, centrada no indivíduo, a dissociação das preocupações sociais das práticas médicas (já que a Medicina é ciência biológica e não social), e a exclusão da análise da totalidade do organismo, resultado da fragmentação curricular e da criação das diversas especialidades médicas. A competência técnico-científica foi realçada em detrimento da relação médico-paciente (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

Entre os anos 1960 e 1970, explode a profissionalização das práticas, seja pela expansão da oferta de formação técnico-científica na área da saúde, seja pela abertura de escolas em todas as profissões superiores. Cursos de formação, antes com enfoque técnico-profissional, ascendem à formação técnico-científica, motivando a pesquisa nacional e a incorporação de tecnologias “armadas por aparelhos”, como nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. (CECCIM, CARVALHO, 2006). Nesse contexto, foi publicado Decreto-lei nº 938, em 13 de outubro de 1969, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências (BRASIL, 1969).

As características fundamentais da Fisioterapia eram, inicialmente, a formação técnica e a reabilitação do ser humano, utilizando-se do uso de meios físicos e atuando de forma segmentar à Medicina. A conduta fisioterapêutica dependia exclusivamente do diagnóstico e da prescrição médica. Hoje em dia, tendo por base um profissional de Saúde, é evidenciado o seu papel sobre esse prisma e não só da doença. Contudo, como data o início da profissão, o papel reabilitador do fisioterapeuta exige-o de grande responsabilidade social, mérito de toda e qualquer profissão. A ausência de clareza do objeto de trabalho por profissionais dessa área contribui para uma desvalorização de suas atribuições na sociedade (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Nesse cenário, ampliaram-se significativamente as formulações, debates e reuniões científicas em torno da educação em ciências da saúde, instigadas principalmente pelas Conferências Nacionais de Saúde, desde 1986; pela Constituição Federal Brasileira, que determina que o setor da saúde seja ordenador da formação de seus recursos humanos (leia-se ordenador da formação de profissionais de saúde); pela formulação de Diretrizes Curriculares Nacionais, pelo Conselho Nacional de Educação, em substituição ao conceito de currículo mínimo;

pela aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, em 2003 (CECCIM, CARVALHO, 2006).

O estabelecimento das Diretrizes Curriculares em substituição aos Currículos Mínimos desencadeou um processo de reformulações profundas nos cursos de formação superior. Elas substituíram o elenco de disciplinas obrigatórias apresentado pelos Currículos Mínimos, por habilidades e competências a serem desenvolvidas durante o curso, alterando substancialmente o modo de contextualizar o ensino superior (BRASIL, 2002).

As Diretrizes Curriculares reúnem elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento de forma a promover no estudante a capacidade de aprimoramento intelectual e profissional autônomo e permanente. Incluem, entre outras, dimensões éticas e humanísticas, visando ao desenvolvimento no aluno de atitudes e valores voltados para a cidadania (PARECER CNE/CES nº 776/97).

Além dos princípios estabelecidos nas orientações gerais para as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, essas Diretrizes em relação aos cursos da área de saúde reforçaram a necessidade de articulação entre a educação superior e o sistema de saúde vigente, com o objetivo de que a formação geral e específica dos egressos desses cursos privilegiasse a ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de forma que o conceito e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde se constituíssem em aspectos fundamentais a serem considerados nessa articulação (BRASIL, 2002).

A Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE), estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Fisioterapia pelo Parecer CNE/CES nº 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001 (BRASIL, 2008). A Resolução do CNE editada com base nesse Parecer foi a Resolução CNE/CES nº 4/2002 – Fisioterapia (BRASIL, 2002).

Cabe mencionar que, nas orientações gerais dos Pareceres da CES/CNE, entre outros princípios, restou destacado que, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado; constou destacado, também, que as ações e serviços públicos na área de saúde constituem

um sistema único, organizado conforme diretrizes estabelecidas no artigo 198 da mesma Carta Magna (IDEM, 1998).

No contexto em que se inserem os cursos da área de saúde, a análise concomitante da duração e carga horária dos cursos, da preconizada articulação dos cursos com o SUS e das respectivas Diretrizes Curriculares torna-se, por conseguinte, indispensável em função da urgência na transformação do modelo assistencial existente no País (IDEM, 2002).

A Comissão da CES/CNE recomenda a carga horária mínima (CHM) de 4.000 horas para o curso de graduação em Fisioterapia, sendo que o tempo de integralização, por sua vez, deve remeter-se à Resolução nº 2/2007, como segue, grupo de CHM entre 3.600h e 4.000h com limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos (IBIDEM, 2002).

Assim, as Diretrizes Curriculares do curso de Fisioterapia devem considerar:

1. As características e peculiaridades dos conhecimentos e habilidades necessárias à formação do profissional fisioterapeuta, cujo perfil deve ser generalista, capacitado a *atuar em todos os níveis de atenção à saúde*, capacitado para promover a saúde integral do ser humano, conforme as Diretrizes Curriculares estabelecidas para o curso (IBIDEM, 2002).

2. A necessidade de inserir efetivamente o Fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde, superando a visão do profissional voltado apenas para a reabilitação;

3. A necessidade de atuação ampla na rede de atenção básica provocada pelo *aumento das doenças crônico-degenerativas e traumáticas*, cooperando por meio da utilização de meios terapêuticos físicos e de recursos tecnológicos complexos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos, na promoção e na educação em saúde;

4. A necessidade de desenvolver e promover medidas que possibilitem retardar os processos inerentes ao envelhecimento, garantindo a qualidade de vida da população idosa, que cresce de forma acentuada no País e no mundo.

O fato de a profissão Fisioterapia ser recente, e outros fatores, como a presença de profissionais fisioterapeutas jovens no mercado de trabalho, contribuem para as dificuldades no estabelecimento da profissão, no que se refere ao seu reconhecimento pela população e pelos demais profissionais da área da Saúde. Para Trelha e col. (2002), as profissões da Saúde se complementam, pois fazem parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, cada qual com suas especificidades de conhecimentos e práticas. Porém, essa especialização do conhecimento, em vez de possibilitar avanço, pode gerar fragmentação e alienação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

1.2.2. A Fisioterapia no Brasil e suas interfaces com a saúde coletiva.

No Brasil, a Fisioterapia surge como possibilidade de cura ou de reabilitação das vítimas de acidentes de trabalho, reintegrando-as ao sistema produtivo ou atenuando seu sofrimento (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Mas, ao longo de mais de 80 anos (desde 1919) de atuação da profissão no Brasil, a Fisioterapia apresentou diferentes etapas, cada qual com sua peculiaridade e importância para o contexto atual.

Nos diversos períodos da história passou por diferentes situações, porém manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas. De certa forma, essas características sofreram influências de três fatores: um fator histórico ligado a sua gênese; um fator legal, que obedecendo à gênese limitou áreas e campos de atuação e a formação acadêmica determinada pelos preceitos das ciências biomédicas, notadamente da Medicina (ANDRADE, LEMOS, DALL'GO, 2006).

A Fisioterapia, como subdivisão da Medicina, advém de aplicações médicas no campo da reabilitação, com consequente submissão a essa categoria profissional desde o reconhecimento dos cursos de Fisioterapia existentes, com o Parecer nº. 388, de 1963, definindo o fisioterapeuta como auxiliar médico. Cabiam a esse profissional as tarefas de caráter terapêutico, realizadas sob a supervisão médica,

contudo o parecer citado afirma que o profissional é um técnico em Fisioterapia, mas que deveria ter uma formação de nível superior.

Mesmo aparecendo como membro da equipe de reabilitação, ao fisioterapeuta não se atribui a incumbência do diagnóstico da doença ou da deficiência, podendo, naquele momento, atuar somente quando seus serviços forem solicitados por um médico. Em 13 de outubro de 1969 foi emitido o Decreto-Lei nº 938, que provê sobre a atividade profissional do Fisioterapeuta, como profissão de nível superior, e a regulamentação profissional data de 1975 (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

O título recebido pelo profissional graduado em Fisioterapia, historicamente segue a tradição mundial. Na história nacional da Fisioterapia sua denominação evoluiu de técnico em Fisioterapia para fisioterapista, originário do termo *physiotherapist*, utilizado pelas escolas anglo-saxônicas. A partir de 1959 em Assembleia Geral da Associação Brasileira de Fisioterapeutas, decidiu-se, por maioria de votos e por coerência, adotar a denominação de Fisioterapeuta, mais usual nos países de origem latina (ANDRADE, LEMOS, DALL'GO, 2006).

Na Fisioterapia do Brasil do século XIX, os recursos fisioterapêuticos faziam parte da terapêutica médica, e assim há registros da criação, no período compreendido entre 1879 e 1883, do serviço de eletricidade médica e também do serviço de hidroterapia no Rio de Janeiro, existente até os dias de hoje. (IDEM, 2006). Em 1919, foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo médico Raphael de Barros, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MARQUES, SANCHES, 1994).

Na segunda década do século XX, começam a surgir os serviços de Fisioterapia no centro do País sob a direção de profissionais médicos denominados médicos de reabilitação (ANDRADE, LEMOS, DALL'GO, 2006). Em 1929, o médico Waldo Rollim de Moraes colocou em funcionamento o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Ele ainda planejou e instalou, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo. Foi também Rolim quem, em

1951, planejou o primeiro Curso de Fisioterapia do Brasil, patrocinado pelo Centro de Estudos Raphael de Barros, cujo objetivo era formar técnicos em fisioterapia (MARQUES, SANCHES, 1994).

Na Segunda Guerra Mundial há o envolvimento direto do Brasil, e os reflexos dessa participação foram um significativo aumento no número de indivíduos com sequelas físicas, levando ao desenvolvimento da Fisioterapia, com a necessidade de modernização dos serviços de Fisioterapia do Rio de Janeiro e São Paulo, e a criação de novos serviços em outros Estados (ANDRADE, LEMOS, DALL'GO, 2006).

As atividades especializadas desenvolvidas durante o período da industrialização, em virtude das mudanças impostas pelo novo sistema econômico, produziram novas abordagens na Medicina. A atenção voltou-se para o corpo como força de produção e as novas formas de tratamento passaram a utilizar maquinaria e equipamentos específicos de observação e de identificação de doenças. Essas novas tecnologias e a manutenção dos doentes em locais específicos foram fatores determinantes para que os novos profissionais da saúde fossem formados distantes da realidade social, com predomínio da assistência curativa, recuperadora e reabilitadora (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

O que ocorreu com a profissão do fisioterapeuta não difere muito do que historicamente aconteceu com todas as profissões da área da saúde. Primeiramente sua prática foi instituída para posteriormente obter-se o reconhecimento dos cursos de formação e o reconhecimento profissional. A modernização das escolas médicas e o caráter científico e especializado das práticas de saúde talvez tenham constituído os primeiros passos para o reconhecimento legal da profissão no Brasil, já que a utilização de recursos físicos na assistência à saúde já era praticada desde 1879.

Tal fato implicou no desenvolvimento da formação de recursos humanos, surgindo em 1951 o primeiro curso de formação de técnicos em Fisioterapia na Universidade de São Paulo, acessível a alunos com segundo grau completo. Estes profissionais eram denominados fisioterapeutas, conforme anteriormente comentado. (ANDRADE, LEMOS, DALL'GO, 2006).

Em 1954 é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR que, logo a seguir, abre o curso de técnico em reabilitação. O surgimento da Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD, do Lar Escola São Francisco e das Casas da Esperança, absorveu esse novo conceito de assistência diferenciada incorporando, em seu meio, os profissionais técnicos formados pelos novos cursos.

As primeiras turmas de técnicos de reabilitação formaram profissionais que se inseriram nos consultórios e clínicas auxiliando os médicos, que prescreviam os exercícios, as massagens, o uso do calor, da luz, dos banhos e dos rudimentares recursos eletroterápicos disponíveis para a recuperação do paciente (IDEM, 2006). Diferentemente dos países da Europa (como na França, que em 1927 já possuía curso de graduação em Fisioterapia), no Brasil o ensino de Fisioterapia restringia-se a aprender ligar e desligar aparelhos, reproduzir mecanicamente determinadas técnicas de massagem e exercícios, tudo sob prescrição médica (IBIDEM, 2006).

Os primeiros profissionais eram auxiliares do médico, seus ajudantes de ordem, não possuíam os conhecimentos necessários para a avaliação funcional, para compreensão do funcionamento normal ou anormal do corpo humano, tampouco conheciam os mecanismos de lesão das diferentes estruturas envolvidas com o movimento humano e, portanto, não estavam adequadamente preparados para estabelecer as condutas fisioterapêuticas adequadas às diferentes situações (IBIDEM, 2006).

A crescente preocupação com a qualidade do atendimento oferecido à população, fez com que os cursos se ampliassem para um período de dois anos, possibilitando maior acesso às informações necessárias para a formação profissional, embora o curso permanecesse sendo considerado como nível técnico (IBIDEM, 2006).

Em 1959, com a criação do Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, o primeiro curso a ser ampliado para dois anos foi o curso da Universidade de São Paulo. Em 1964, quando o INAR transformou em Instituto de Reabilitação – IR, foram criados os primeiros cursos superiores de Fisioterapia. Porém, Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação atribui ao fisioterapeuta o caráter de auxiliar

médico, definindo que lhe compete apenas a realização de tarefas de caráter terapêutico, sob a orientação e responsabilidade do médico (IBIDEM, 2006).

É necessário traçar breve comentário sobre essas considerações, pois o teor destas evidencia que a denominação de “técnicos” sugere uma intencionalidade em limitar a ação e a autonomia desses profissionais, já que deveriam ater-se, apenas, a executar o que fosse determinado pelos médicos. Essa gênese, não se restringiu apenas aos conteúdos e organização curriculares, mas alcançou a legislação que, mesmo tendo avançado posteriormente em termos de expressar autonomia, manteve, e ainda mantém, a dependência daqueles que desejam continuar no controle das ações em saúde (IBIDEM, 2006).

Esse mesmo parecer deixava claro que para a reabilitação era necessário um trabalho em equipe. Porém, arbitrariamente, designava o médico como responsável pelos demais profissionais, limitando as ações, implicitamente inferindo que não teriam competências para tal. Também é possível observar a forte influência dessa legislação sobre a determinação e manutenção da concepção do que seja o objeto de trabalho do fisioterapeuta. Como instrumento legal, esses documentos orientam modelos, práticas de atuação e estabelecem definições, influenciando na própria concepção do trabalho profissional e, até mesmo, nas áreas de conhecimento a ele relacionadas (MARQUES, SANCHES, 1994).

A prática dos fisioterapeutas tem consistido em assistência à doença, ocorrendo de forma fragmentada por áreas específicas de conhecimento e, de maneira geral, afastada dos reais problemas de saúde da população (ANDRADE, LEMOS, DALL'GO, 2006).

1.3. Questionamentos e pressupostos.

Diante do exposto, as leituras e as experiências da pesquisadora possibilitaram levantar alguns questionamentos:

1. Como se dá a formação do Fisioterapeuta para atuação no SUS, na perspectiva do discente e do docente conformado pelas representações sociais?

2. Qual a concepção dos estudantes de Fisioterapia ingressantes e concluintes sobre o processo de formação para a atuação no SUS, referendados pelas representações sociais?

3. Quais as representações sociais de práticas e saberes dos discentes de Fisioterapia para o contexto do SUS?

Para ampliação e aprofundamento das discussões, formulou-se o seguinte pressuposto teórico, com a finalidade de proporcionar embasamento teórico-metodológico para o desenvolvimento do estudo: A formação acadêmica voltada para o modelo de atenção à saúde regida pelo SUS, atuando em todos os níveis de complexidade, possibilita uma mudança na concepção do modelo curativo-reabilitador propagado na maioria nos cursos de graduação em Fisioterapia, que são indicados nas representações sociais, possibilitando organização do processo ensino-aprendizagem, mudanças de conteúdo disciplinar e avanços das estratégias de ensino para o trabalho no SUS.

1.4. Objetivos.

Os objetivos foram dimensionados por ordem de relevância com a finalidade de obtenção de representações sociais no campo da formação do fisioterapeuta, assim destacados:

1. Apreender como se dá a formação do Fisioterapeuta para atuação no SUS, na perspectiva do discente e do docente conformado pelas representações sociais.
2. Contrastar as concepções e representações dos discentes de Fisioterapia do primeiro ano e último ano de curso, sobre o processo de formação para atuação no SUS, referendados pelas representações sociais.

3. Identificar quais as representações sociais de práticas e saberes dos discentes de Fisioterapia para o contexto do SUS.

2. BASE TEÓRICA

2.1. A teoria das representações sociais.

Para situar os conceitos teóricos de representações sociais neste estudo, foi elaborado o marco teórico dos principais conceitos baseados em Nóbrega (2003), Moreira (2003) e Jesuíno (2003).

A cultura moderna é marcada por uma profunda cisão do pensamento produzida pela divisão social do trabalho. Trata-se da existência de uma forma de pensamento “standard” - a ciência – de um lado, e do pensamento “não standard” – o senso comum, de outro lado (NÓBREGA, 2003, p. 56). Antes do advento da teoria das representações sociais, o pensamento das massas, correntemente denominado “o senso comum”, era considerado como um *corpus* de conhecimento “confuso”, “inconsistente”, “desarticulado” e “fragmentado”. Em relação ao conhecimento científico, o senso comum era situado num polo extremo e oposto, como uma espécie de saber “ingênuo” (IDEM, 2003, p. 57).

A questão epistemológica da teoria das representações sociais de Moscovici focaliza com precisão algumas lacunas existentes relativas a conceitos e teorias produzidos na história do conhecimento. A primeira ancoragem de sua obra se realiza nos territórios da sociologia, onde Moscovici fundamenta-se no conceito de representações desenvolvido por Durkheim e propõe uma nova concepção teórico-conceitual capaz de atender às questões colocadas pelos problemas da modernidade.

Em “A psicanálise, sua imagem e seu público”, Moscovici elabora uma sociologia do conhecimento enquanto teoria do senso comum, para reconhecer nessa “epistemologia popular” o sentido inverso à sua histórica designação. Ele descobre a estruturação e a natureza particulares a esse saber, restituindo, desse modo, o status legítimo à produção do conhecimento das massas, com a criação da teoria das representações sociais (IDEM, 2003, p. 58).

As representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as interações e mudanças sociais. A comunicação social é responsável pelo modo como se forjam as representações sociais, assim como determina a formação do processo representacional estruturado em três níveis: 1) Cognitivo (refere-se ao acesso desigual das informações, interesses ou implicação dos sujeitos, necessidade de agir em relação aos outros); 2) Formação das representações sociais (objetivação e ancoragem); 3) Edificação das condutas (opiniões, atitudes, estereótipos).

Sob essa ótica, as representações sociais aparecem como um conhecimento que não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico. Trata-se, fundamentalmente, de uma forma de saber que se diferencia pelos modos de elaborações e funções a que se destina cada um, respectivamente. Para compreender as diferenças fundamentais entre a categoria analítica das representações sociais e outras, como opinião, atitude e imagem é necessário observar as distintas abordagens, pois essas diferenças determinam o conteúdo da observação e as consequências teóricas que delas são deduzidas.

As teorias psicológicas funcionalistas colocam em oposição sujeito e objeto, interior e exterior, estímulo e resposta, para compreender os fenômenos relativos às atitudes, opiniões e imagens. A psicossociologia parte de premissas inteiramente estranhas às teorias clássicas funcionalistas para explicar o processo das representações sociais. Antes de tudo, estímulo e resposta são dados conjuntamente e indiferenciados em relação à origem das causas e dos efeitos. A resposta não se constitui unicamente em uma reação a estímulos, mas ela pode estar na sua origem.

Toda representação é sempre “uma representação de alguma coisa ou de alguém”, (IDEM, 2003, p. 62) processo em que se fundem o conceito e o objeto percebido no seu caráter imaginante. A natureza imaginante ou figurativa da representação está invariavelmente vinculada ao seu aspecto significante. Como toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado, não existe, portanto, representação sem objeto.

Desse modo, uma representação social não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, já que é produzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. Afirma Moscovici que “As representações são menos criações mentais que têm efeitos sociais do que criações sociais que são fundamentadas através da via mental e, portanto se tornam reais” (IDEM, 2003, p. 63).

Mesmo que existam acepções bastante diferentes nos diversos territórios das ciências humanas e sociais sobre a noção de representação, essa categoria é reconhecida pela comunidade científica como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, tendo uma intenção prática e concorrendo à construção de uma realidade comum a um conjunto social” (NÓBREGA, 2003, p. 63).

Enquanto fenômeno psicossocial, as representações sociais respondem a duas funções: contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunidades sociais. Inicialmente foram atribuídas essas duas funções às representações, conforme o modelo proposto por Moscovici em 1961. Posteriormente, em 1994, Abric acrescentou uma terceira e quarta funções às representações, justificadas pela evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e práticas sociais, a função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e a função justificadora, que permite aos atores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos.

A representação torna possível a reconstrução do real através da interpretação dos elementos constitutivos do meio ambiente, em uma dimensão ordenada e significativa para os membros de uma comunidade determinada. Essa interpretação da realidade é traduzida em um conjunto lógico do pensamento que vai constituir a visão de mundo de certa coletividade.

Moscovici desenvolveu os conceitos de *objetivação* e *ancoragem* para explicar, respectivamente, as condições de emergência da concretude e da atribuição de significação dos objetos sociais construídos pelos sujeitos que buscam a sintonia de suas práticas e comunicações na orquestração da sociedade.

Objetivação

A objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado. No processo de objetivação, o objeto percebido e o conceito tornam-se intercambiáveis. “O resultado de um processo de objetivação é a neutralização; o esquema figurativo, desvinculado da teoria inicial, não é mais uma elaboração abstrata que atribui razão a certos fenômenos, mas ele torna-se a expressão imediata e direta” (NÓBREGA apud DOISE, 2003, p. 65).

Pode-se então classificar as três fases constituintes do processo de objetivação: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização. A construção seletiva é o mecanismo utilizado pelo grande público consumidor dos meios de comunicação de massa para se apropriar de determinado corpus teórico-científico. A seleção dos elementos é feita, por um lado, em função de critérios culturais, sendo estes determinados pela desigualdade das condições de acesso às informações, segundo o pertencimento ao grupo. Por outro lado, são critérios normativos que exercem a função de retenção dos elementos de informação, preservando a coerência com o sistema de valores próprios ao grupo (NÓBREGA, 2003).

A *esquematização estruturante* ou *núcleo figurativo* é o elemento “duro” e mais estável da representação. Abric introduziu a teoria do núcleo central que foi enriquecida por Flament com a teoria dos esquemas periféricos. Para Abric “toda representação é organizada em torno de um núcleo central. Este núcleo central é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo a significação e a organização da representação” (NÓBREGA apud ABRIC, 2003, p. 66).

Este núcleo estruturante tem duas funções – geradora e organizadora – a partir das quais atribui sentido e determina os elos de unificação entre outros elementos que se entrelaçam na formação do tecido representacional. Além de organizador, o núcleo tem a propriedade de assegurar a estabilidade da estrutura imageante. As duas primeiras fases da objetivação (construção seletiva e esquematização estruturante) tornam evidente o efeito da comunicação e das

coerções associadas à inserção social dos sujeitos sobre a escolha e a disposição dos elementos constitutivos da representação (NÓBREGA, 2003).

A naturalização é uma “projeção reificante das projeções abstratas no real, de materialização e de espacialização de entidades conceituais” (NÓBREGA apud JODELET, 2003, p. 67). Os elementos do pensamento se concretizam e, portanto, adquirem um *status* de evidência na realidade e no terreno do senso comum. A naturalização confere uma realidade plena ao que era uma abstração. O conceito em construção não é mais uma pura ideia, nem imagem, mas uma entidade autônoma.

Moscovici acrescentou, posteriormente, quatro momentos ao processo de objetivação: desejo, avaliação, demanda e troca (NÓBREGA, 2003). O desejo, é provocado pelo que se faz recusar, provoca uma tensão na relação do sujeito como objeto impedido de fruição imediata. A objetivação se encontra, portanto, sobre o objeto que se encontra afastado do desejo. Ainda sobre o desejo, Moscovici acrescenta que

o objeto assim formado, caracterizado pela sua separação do sujeito que ao mesmo tempo o constitui e procura vencê-lo através do seu desejo, é um valor. O momento da própria fruição, quando a oposição entre sujeito e objeto se apaga, consome um valor. (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 67-68).

A avaliação é o que “situa os objetos numa escala de desejabilidade ou de aversão” e que permite julgar o desejo, atribuir valor ou qualificar o objeto na referida escala. A demanda consiste na focalização de uma escolha sobre uma diversidade de desejos e necessidades. Ela expressa “a relação entre o valor que tem o objeto do ponto de vista do nosso desejo e o valor que resulta da sua avaliação, tornada uma qualidade desse objeto” (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 67).

Finalmente, a troca é definida como a base da vida em sociedade, é a forma primordial da relação entre os homens, em que os objetos sociais atuam como intermediação entre o que é oferecido e o que é demandado. A troca teria como finalidade não, a coisa em si, mas a solidificação dos laços de reciprocidade como sustentáculo e reforço das redes de interações sociais. Em outras palavras,

ela é aquilo que cria o laço entre os indivíduos, que os faz pertencer a um grupo, consegue, portanto, dar alguma coisa além daquilo que se recebe e receber alguma coisa a mais daquilo que se dá. Em muitos casos damos mais do que recebemos, o reconhecimento que é a sua mais-valia. (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 68).

Ancoragem

A ancoragem está articulada à objetivação para assegurar as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. Este processo concerne

a maneira na qual as informações são integradas e transformadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e na rede de significados socialmente disponíveis, para interpretar o real, onde são reincorporadas na qualidade de categorias servindo de guia de compreensão e de ação. (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 69).

Assim como a objetivação, a ancoragem é também organizada sobre três condições estruturantes: atribuição de sentido, instrumentalização do saber e o enraizamento do sistema de pensamento.

Na atribuição de sentido, o enraizamento de um objeto e sua representação em um grupo de determinada sociedade está inscrito em uma “rede de significações”, em que são articulados e hierarquizados os valores já existentes na cultura. Jodelet afirma que “por um trabalho da memória, o pensamento constituinte se apoia sobre o pensamento constituído, a fim de ordenar a novidade nos moldes antigos, no que já é conhecido” (NÓBREGA apud JODELET, 2003, p. 69).

A instrumentalização do saber confere um valor funcional à estrutura imageante da representação, à medida que esta se torna uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreenderem a realidade. Portanto, o saber funcional da representação enquanto instrumento referencial contribui à construção das relações sociais através da interpretação e da gestão da realidade pelos grupos ou indivíduos. A relação entre indivíduo e seu meio ambiente é mediatizado pelo sistema de interpretação do qual o novo objeto é transformado e saber útil que tem uma função na tradução e na compreensão do mundo (NÓBREGA, 2003).

No enraizamento no sistema de pensamento, o fato de que a representação se inscreve sempre sobre um sistema de ideias preexistentes, permite a coexistência de dois fenômenos opostos no interior do processo formativo das novas representações: a “incorporação social da novidade” atrelada à “familiarização do estranho”. (NÓBREGA, 2003, p. 70). Para que o estranho seja familiarizado e dominado, os sistemas de pensamento já estabelecidos tendem a predominar através de mecanismos de classificação, de comparação e de categorização do novo objeto em julgamento.

Conclui-se que a objetivação e a ancoragem são aparentemente opostas: uma visa criar as verdades evidentes para todos e independentes de todo determinismo social e psicológico, a outra designa, ao contrário, a intervenção de tais determinismos na sua gênese e transformação.

Na segunda parte de seu livro “A psicanálise, sua imagem e seu público”, Moscovici (1961) classifica e analisa os três sistemas indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda. Cada sistema de comunicação é particular aos laços estabelecidos entre o emissor e o alvo, à organização das mensagens e aos comportamentos visados. Cada forma de comunicação tem por efeito produção de representações sociais específicas, conforme a dinâmica das interações realizadas entre os sujeitos e o objeto articulado no âmbito do pensamento social (NÓBREGA, 2003).

A difusão pode ser caracterizada por uma indiferenciação dos laços entre o emissor e o receptor da mensagem. Esta noção é reatada à acepção de opinião, à medida que esses dois conceitos evocam certa descontinuidade e contradição dos temas, tendo como resultado a instabilidade, a fluidez das posições assumidas pelos atores sujeitos à difusão.

Ao contrário da difusão, a propagação exige uma organização mais complexa das mensagens. Essa modalidade de comunicação tem propriedades semelhantes às do conceito de atitude. A atitude é traduzida como uma organização psíquica que tem uma relação, positiva ou negativa, com um objeto. “As atitudes são esquemas antecipadores, latentes, permitindo a regulação das reações a toda uma gama de estimulações coletivas” (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 71).

Diferentemente da difusão e propagação, a propaganda é uma forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas e que tem por objetivo engendrar a ação reativa à “representação que ele se faz do objeto de conflito” (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 69). Esta forma de comunicação demanda a unidade de autoafirmação de um grupo, colocando-o numa relação de oposição ou antagonismo em relação a outro grupo. Essa dinâmica é denominada princípio de polarização.

A representação do objeto de conflito é elaborada sobre uma perspectiva de incompatibilidade entre o verdadeiro e o falso saber, em que o objeto é reduzido a uma visão mistificadora, embora seu valor de verdade seja reconhecido. É através da elaboração instrumental do saber na propaganda que são forjados os estereótipos. O estereótipo consiste numa resposta que é, ao mesmo tempo, genérica, rígida e reducionista à simplificação dos fatos (NÓBREGA, 2003).

O pensamento social é constituído de uma pluralidade de modos de reflexão que um indivíduo utiliza em função dos seus objetivos e do domínio que ele possui sobre o meio ambiente onde se encontra inserido. A polifasia cognitiva revela as diferentes formas de reflexão e os ordenamentos do raciocínio confrontados às relações definidas do homem com sua cultura (IDEM, 2003).

Sistema cognitivo

Concernem ao sistema cognitivo os seguintes atributos: formalismo espontâneo, dualismo causal, preeminência da conclusão e a pluralidade dos tipos de raciocínio. Subjacentes a esse atributos encontram-se os princípios intelectuais de analogia e compensação.

O formalismo espontâneo consiste na utilização de expressões e julgamentos armazenados como estoques linguísticos ou fórmulas de interação social. A dualidade causal ou causalidade mista corresponde à natureza das relações causais e seus laços de implicações entre os raciocínios. Nas representações sociais coexiste uma causalidade eficiente que estabelece uma relação entre causa e efeito, e, por outro lado, uma causalidade fenomenal que condiciona a direção do julgamento. Na preeminência da conclusão, cada etapa do raciocínio é

acompanhada de uma inferência em que são antecipados os sentidos da comunicação, na medida em que é definido o campo de julgamento.

Moscovici (1961) distingue quatro categorias de raciocínio no estilo do sistema cognitivo: raciocínio operatório, raciocínio por índices, raciocínio de acentuação e, raciocínio por enumeração. Para o autor, o objetivo do raciocínio nas representações sociais não consiste em elaborar inferências solidamente fundamentadas ou edificar uma visão, mas exprimir uma opinião, não deixando uma questão sem resposta (IBIDEM, 2003).

Os princípios intelectuais subjacentes aos atributos do estilo cognitivo são a analogia e a compensação. A analogia é fixada sobre o objeto e estabelece as características de representação do mesmo, sendo responsável pelo agrupamento das noções em uma mesma categoria. As analogias e as metáforas podem ser consideradas a base sólida da representação.

A compensação encontra-se fixada sobre um quadro de referência que alimenta o raciocínio, tendo como função elaborar as significações e articular os vínculos concernentes ao objeto representado. A compensação funciona como princípio de organização dos julgamentos, determinando os rumos e coerência interna.

Situação social

A situação social é definida pela dispersão de informações, a pressão à inferência e a focalização dos sujeitos em relação a um centro de interesse.

A dispersão de informações refere-se à multiplicidade e desigualdade do conhecimento, que circula na sociedade, exercida pelas fontes de informações, em relação ao número de domínios de comportamento de interesse que um indivíduo deve apreender, tornando precários os laços entre os julgamentos. A pressão à inferência ocorre como consequência da permanente necessidade que os indivíduos têm de reação à dinâmica social e da busca do consenso nos processos comunicacionais, tendo por efeito o julgamento relativo aos objetos sociais. A focalização refere-se à distância e o grupo de implicação de um sujeito em torno dos

interesses e de sua relação a um objeto. (NÓBREGA apud MOSCOVICI, 2003, p. 75).

As comunicações, as representações e as relações sociais são imbricadas de tal maneira, que uns forjam os outros termos da dinâmica psicossocial. As representações sócias agem enquanto guia das condutas que modelam as formas e entrelaçam as redes das relações sociais, sendo que estas últimas formam e estruturam as representações (NÓBREGA, 2003).

3. DESENHO METODOLÓGICO.

3.1. Natureza e tipo da pesquisa.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que foi conduzido de acordo com a teoria das representações sociais, definida por Moscovici (1978), Coutinho (2003), Nóbrega (2003), Catão (2003) e De Rosa (2005).

Observa-se nas últimas quatro décadas a pesquisa dos mais diferenciados fenômenos ancorados no suporte teórico e metodológico das Representações Sociais e a utilização de uma diversidade de instrumentos que vão desde o questionário às modalidades de entrevista (COUTINHO, NÓBREGA, CATÃO, 2003).

De Rosa (2005) afirma que um dos pontos-chave no debate metodológico da investigação em representações sociais é o contraste entre abordagens quantitativas e qualitativas. Numa perspectiva multimétodos, que pretende analisar a complexidade duma determinada representação, os designs de investigação que incluem simultaneamente as abordagens qualitativa e quantitativa garantem uma interpretação mais integrada dos resultados e das técnicas.

O emprego de programas informáticos para análise do material linguístico, tal como o Alceste, proporcionou o desenvolvimento de técnicas de análise de dados que beneficiaram as pesquisas sobre o fenômeno das representações sociais (MOREIRA *et al*, 2005).

3.2. Cenários da pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada em duas universidades, localizadas nos municípios de Fortaleza, no Ceará; e Teresina, no Piauí. Nesses espaços, ocorre a

formação acadêmica dos discentes de Fisioterapia, para futura atuação no Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados foi feita em uma instituição localizada em Fortaleza e uma instituição localizada em Teresina:

a) Universidade de Fortaleza (UNIFOR): é a única Universidade com ensino de graduação em Fisioterapia situada em Fortaleza/ CE com turmas de egressos, sendo esta privada.

b) Universidade Estadual do Piauí (UESPI): é a única Universidade com ensino de graduação em Fisioterapia situada em Teresina/PI com turma de egressos, sendo esta pública.

3.3. Participantes da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram constituídos de discentes do curso de Fisioterapia que obedeceram aos seguintes requisitos: (a) cursar o primeiro ano ou último ano da graduação nas referidas instituições; (b) cursar a disciplina que foi feita a aplicação coletiva de instrumentos, no seu respectivo período letivo; (c) aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram 18 discentes no total, sendo 12 de instituição pública, dentre eles seis cursando primeiro ano de curso e seis cursando o último ano de curso; e seis da instituição privada, sendo que três estavam no primeiro ano do curso e três no último ano do curso.

Os docentes participantes foram os que obedeceram aos seguintes requisitos: (a) ministrar aulas no primeiro ano ou último ano da graduação nas referidas instituições; (b) ministrar aulas na disciplina que foi feita a aplicação coletiva de instrumentos, (c) aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram 13 docentes no total, sendo 11 de instituição pública, e dois de instituição privada.

Para a entrevista de aprofundamento, foi projetado um quantitativo inicial de três estudantes por turma de participantes, entretanto o quantitativo geral (18) foi determinado durante o processo de amostragem conceitual, quando as experiências foram se repetindo e se tornaram capazes de explicar o fenômeno em suas diversas dimensões.

A aplicação do questionário sociodemográfico foi coletiva, em todas as turmas selecionadas para pesquisa com aproximadamente 18 discentes. O tempo médio de aplicação do conjunto de instrumentos foi de aproximadamente 30 minutos por turma.

A definição do número de participantes para a pesquisa teve como principal requisito a adoção de uma amostragem de conveniência, correspondente à quantidade de estudantes matriculados nas disciplinas selecionadas para aplicação dos instrumentos em cada instituição da pesquisa.

No caso da entrevista, as falas foram gravadas, com o devido consentimento dos participantes e a coleta aconteceu de forma individual, em um ambiente disponibilizado pela instituição, previamente acordado pelo pesquisador e o participante entrevistado.

3.4. Técnicas, instrumentos e procedimentos metodológicos de coleta de dados.

Entrevista em profundidade

Também denominada por Minayo (1998), de entrevista aberta, é aquela em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Esta mesma autora entende que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas uma situação de interação social entre o pesquisador e o entrevistado. Trata-se de uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva, em que o afetivo, o

existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum são condições essenciais para apreender o objeto de um estudo qualitativo.

Segundo Boni e Quaresma (2005), o pesquisador deve levar em conta que, no momento da entrevista, ele está convivendo com sentimentos, afetos pessoais e fragilidades e por isso deve respeitar a singularidade da pessoa pesquisada. Deve ser capaz de ler nas entrelinhas, ou seja, reconhecer as estruturas invisíveis que organizam o discurso do entrevistado. A entrevista em profundidade é também denominada por Triviños (1992), de entrevista fenomenológica, uma vez que dá ênfase aos significados que as pessoas dão às coisas e à vida. Os significados são obtidos através das descrições dos depoimentos, dados durante a entrevista.

Esta fase foi aplicada aos participantes que concordaram em permanecer durante um tempo mais longo no ambiente de aplicação dos instrumentos e que aceitaram que a entrevista fosse gravada.

Essa entrevista em profundidade iniciou-se com a seguinte pergunta: “Fale sobre o que você sabe sobre a formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde, o que significa na sua formação?”. Os participantes foram convidados a falar, de forma mais livre e aberta possível, sobre a formação do Fisioterapeuta e sua prática no SUS, qual seu conhecimento, o que ouvem falar, sua percepção e suas opiniões.

A cada participante foi dado tempo, não determinado a priori, para que falasse sobre o tema sem interrupções. Durante a entrevista, à medida da necessidade na direção da clareza e cobertura do objeto de investigação, foram feitas intervenções para esclarecer alguns aspectos relatados pelo participante.

Questionário de perfil sociodemográfico

O questionário de perfil englobou variáveis gerais sobre os participantes como: formação, ocupação, arranjo familiar, além de questões sobre a percepção da sua formação em Fisioterapia e Saúde pública. Esse levantamento de dados possibilitou uma maior aproximação com os participantes da pesquisa através do delineamento das características básicas de cada grupo, suas semelhanças, divergências e peculiaridades.

Procedimentos

Inicialmente foram realizadas visitas às instituições da pesquisa, para a apresentação e para dar conhecimento, junto aos gestores, dos objetivos a serem alcançados. Nesta ocasião, definimos a infraestrutura de apoio à investigação, constando de vários aspectos, tais como o acesso às dependências do local da pesquisa, a disciplina que foi feita a coleta de instrumentos, a reserva de sala individual para aplicação de instrumentos, o cronograma das atividades e a identificação preliminar dos participantes.

Após os gestores aprovarem e autorizarem a pesquisa, para cada dia de comparecimento do pesquisador à instituição, procedeu-se a seguinte sistemática em relação a cada participante: identificação preliminar, de acordo com os critérios determinados para a sua inclusão na amostra; aplicação do questionário sociodemográfico nas turmas selecionadas pelas disciplinas que tinham mais alunos matriculados; convite para se dirigir às salas de atendimento individual para realização da entrevista; divulgação dos objetivos da pesquisa.

A partir da obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, os instrumentos foram aplicados, em uma única sessão, na seguinte ordem: (a) Questionário sociodemográfico; (b) Entrevista em profundidade. O uso combinado dos instrumentos possibilitou a compreensão do objeto de investigação pela análise quantitativa e qualitativa do material simbólico exposto.

3.5. Planos de análise.

A aplicação do questionário sociodemográfico seguiu o procedimento padrão de aplicação de questionários. Os dados foram utilizados para identificar o perfil dos participantes da pesquisa e traçar as variáveis das linhas de comando utilizadas no software Alceste para tratamento das entrevistas.

Análise dos dados da entrevista

Software Alceste

Todas as entrevistas foram gravadas e, depois de transcritas, seus conteúdos foram apreendidos e analisados por meio do software Alceste. Desenvolvido por Reinert (1993), o Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte) é um software de análise de dados textuais. Realiza, de maneira automática, a análise de diálogos, questões abertas, enquetes socioeconômicas e textos diversos, tais como obras literárias, artigos de revistas e romances, entre outros. O objetivo é obter uma primeira classificação estatística de enunciados simples do corpus estudado, em função da distribuição de palavras dentro de cada enunciado, a fim de apreender as palavras que lhe são mais características (SARAIVA, COUTINHO e MIRANDA, 2011).

Os parâmetros utilizados para essa análise foram aqueles da configuração padrão do Alceste, isto é, as configurações e cálculo foram feitos pelo programa de acordo com o tamanho do corpus. Nesse cenário, usamos duas classificações sucessivas de unidades de contexto inicial (UCI) que variaram com o comprimento de cada unidade de texto analisados. Para garantir a estabilidade das classes, as unidades de contexto elementar (UCE) terminaram, devido ao corte do corpus. Seguem os detalhes do resultado desta análise.

A ideia subjacente do Alceste é que o sentido das sentenças pode ser captado se for possível identificar as palavras que aparecem juntas nas frases e que são ditas pelo maior número possível de sujeitos. Isto ocorre porque os pontos de vista de um grupo social sobre um objeto produzem diferentes maneiras de falar sobre ele. Assim, o vocabulário de palavras usadas pode ser visto como uma fonte para detectar os diversos modos de pensar esse objeto. Desta maneira, o Alceste identifica classes de palavras que representam as diferentes formas de discurso a respeito do objeto da pesquisa (MARCOLINO & REALI, 2008).

Primeiramente, o *software* permitiu a realização de uma análise padrão não orientada, do conjunto do material. No procedimento padrão, o programa oferece dendrogramas, tanto do corpus total quanto das classes, sendo o número de classes o total de possibilidades da variável escolhida.

De acordo com Oliveira (2002), o Alceste analisou tanto as palavras como o conteúdo, quanto as palavras com funções, além das características dos respondentes. Além disso, o *software* agrupou as palavras, em função de suas raízes, em formas reduzidas. Por exemplo: “ele” e “eles” são traduzidos por “ele+”. Partindo-se da análise da distribuição do conjunto de vocábulos transcritos das entrevistas, foram realizadas: (a) a descrição da frequência e do percentual das palavras. A significância estatística dessas palavras dentro das classes foi medida por uma estatística quiquadrado (χ^2), ao nível de significância de 5% (medida da relação entre as palavras, de acordo com os padrões de co-ocorrência entre as classes); e (b) classificação hierárquica descendente (CHD) das classes de palavras encontradas, com base na proximidade de conteúdos do total do *corpus*, em um gráfico com formato de dendrograma (JESUS, 2007).

Na CDH, o grau de similitude/proximidade entre as classes é apresentado em uma escala que vai de 0 a 1. Assim, quanto mais próximo de 0, menos semelhantes são os conteúdos entre as classes indicadas (se 0, as classes “falam” de questões totalmente diferentes); quanto mais próximo de 1, mais semelhantes são os conteúdos (se 1, as classes “falam” da mesma questão). Após a descrição da frequência, percentual e χ^2 , o programa computacional ainda realizou uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que permitiu visualizar, sob a forma de um plano fatorial, as oposições resultantes da CHD (OLIVEIRA, 2002).

a) Preparação dos bancos de dados

Foi elaborado um banco de dados, seguindo as orientações de Camargo (2005). O banco contém as entrevistas dos discentes do primeiro e último ano de curso e as entrevistas dos docentes. Para elaborar o banco de dados, o conteúdo de todas as entrevistas foi colocado em um único arquivo. Depois, cada entrevista foi separada por uma linha de comando, iniciada com quatro asteriscos, seguidos pela codificação das variáveis selecionadas, conforme mostra o exemplo a seguir:

```
**** *ind_01 *al_1 *ins_1 *grad_1
```

A linha de comando indica que esta é a entrevista com o indivíduo 1 (*ind_01), aluno 1 (*al_1), que estuda na instituição 1 (*ins_1), declara ser a primeira graduação (*grad_1).

O banco dos docentes foi preparado seguindo a mesma sistemática do primeiro banco. Um exemplo de uma linha de comando do banco dos docentes é o seguinte:

```
**** *ind_19 *do_1 *ins_1 *grad_1
```

A linha de comando indica que esta é a entrevista o indivíduo 19 (*ind_19), docente 1 (*do_1), faz parte do quadro de docentes da instituição 1 (*ins_1) e declara ser Fisioterapia sua primeira formação (*grad_1)

b) Processamento

O processamento dos dados da entrevista, através do Alceste, compreendeu a fase de procedimento padrão. De acordo com o processamento padrão, uma vez iniciada a análise, o programa realizou quatro etapas, sendo que cada uma das três primeiras conteve três operações e a quarta etapa possuiu cinco operações (ALCESTE, 2007; CAMARGO, 2005; DE ALBA, 2004; RIBEIRO, 2004).

Na primeira etapa (Etapa A), o programa fez a leitura do texto e o cálculo dos dicionários. O programa reconheceu as unidades de contexto iniciais (UCI), realizou a primeira fragmentação do texto, agrupou as palavras por radicais, também chamadas de formas reduzidas e calculou a sua frequência. Nesta etapa, o Alceste reformatou e dividiu o corpus em segmentos de tamanho similar, as Unidades de Contexto Elementares (UCE).

A segunda etapa (Etapa B) consistiu no cálculo das matrizes de dados e na classificação das UCE, em função dos seus respectivos vocabulários. O conjunto das UCE foi repartido com base na frequência das formas reduzidas. Nesta etapa foi aplicado o método de classificação hierárquica descendente e realizada a partição do *corpus* em uma classificação definitiva.

A Etapa C apresentou a descrição das classes de UCE escolhidas, que consistiu na operação mais importante, pois forneceu resultados que permitiram a descrição das classes obtidas, principalmente pelos seus vocabulários característicos (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis). Desta forma, alcançamos a AFC, que representa as relações entre as classes em um plano fatorial com dois eixos.

Na quarta etapa (Etapa D), também denominada de etapa dos cálculos complementares, o Alceste complementou a Etapa C, por meio do cálculo e apresentação das UCE mais representativas de cada classe, de modo a possibilitar a contextualização do vocabulário. Forneceu também os resultados do tratamento de segmentos repetidos nas UCE e a exportação dessas UCE para outros programas informáticos.

3.6. Questões éticas.

Em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, os sujeitos abordados no estudo foram informados dos objetivos da pesquisa e aos que aceitaram tomar parte nele foi assegurado o anonimato, bem como a possibilidade de se retirarem, a qualquer momento, do estudo. Todos os que concordaram, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto passou por avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, através do cadastro na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde, com número CAAE 00976712.5.1001.5534 e parecer consubstanciado de aprovação número 14471 de 18/04/2012.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Saraiva, Coutinho e Miranda (2011) afirmam que o software Alceste contribui para o enquadramento da análise psicossocial da linguagem oral e escrita, vez que permite uma abordagem hermenêutica do conteúdo dos discursos, tornando possível uma melhor compreensão sobre comunicação social. Sua concepção e processamento permitem a análise da linguagem das representações sociais que organizam e dão forma ao pensamento e ao conhecimento social.

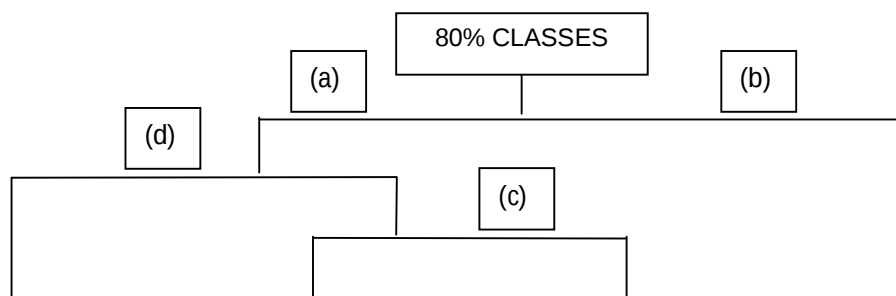
Os resultados desta pesquisa apontam que ao processar o discurso dos participantes da pesquisa, o tratamento padrão do programa Alceste identificou um corpus constituído de 31 UCI, totalizando 24.011 ocorrências, sendo 2.457 palavras diferentes, com uma média de 10 ocorrências por palavra. Para a análise que se seguiu, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior à média de 10 e com $\chi^2 = 3,84$. Após a redução do vocabulário às suas raízes, foram encontrados 467 radicais e 566 UCE. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 80% do total das UCE do corpus, distribuídas em quatro classes e formadas com, no mínimo, 27 UCE. Para a elaboração do dendrograma desenhado na Figura 1, foram tomadas, como referências, as palavras com $\chi^2 \geq 6$.

Na Figura 1, podem ser observadas ramificações, em que se evidenciam duas partições do corpus. A primeira partição resultou em dois subcorpus: (a), composto pelo agrupamento das Classes 1, 2 e 4, denominado de “Atuação da Fisioterapia no SUS: trabalho em equipe da prevenção à reabilitação”; e (b), contendo o contexto do discurso correspondente à Classe 3, intitulado de “Formação do Fisioterapeuta para o SUS”. Na segunda repartição do corpus emergiram dois agrupamentos, (c), constituído pelas Classes 2 e 4, denominado de “A Fisioterapia e o trabalho em equipe no SUS”; e (d), contendo o contexto discursivo correspondente à Classe 1, intitulado de “A Fisioterapia e os níveis de atenção à saúde”.

A Classe 1, denominada “A Fisioterapia e os níveis de atenção à saúde” envolveu 129 UCE, com 107 radicais de palavras, significando 29% do total de UCE. A Classe 2, categorizada como “Trabalho em equipe e/ou multidisciplinar”, foi

formada por 82 UCE, com 74 radicais de palavras, correspondentes a 18% das UCE. A Classe 3, que trata da “Formação do Fisioterapeuta para o SUS”, com 208 UCE e 98 radicais de palavras, contabilizou 47% das UCE. Por fim, a Classe 4, denominada “Expectativas acerca da atuação do Fisioterapeuta” conteve 29 UCE e 54 radicais de palavras ou 6% das UCE.

Observou-se que a distribuição das UCE entre as classes apresentou-se de maneira relativamente desequilibrada, com a Classe 4 com um percentual de UCE bem abaixo das demais e, no entanto, agrupando um contexto temático formado por palavras com as mais altas cargas fatoriais (ajudar com $\chi^2=68$ e pessoas com $\chi^2=63$).



Classe 1: A Fisioterapia e os níveis de atenção à saúde			Classe 2: Trabalho em equipe e/ou multidisciplinar			Classe 4: Expectativas acerca da atuação do Fisioterapeuta			Classe 3: Formação do Fisioterapeuta para o SUS		
129 UCE 29%	X2	Eff	82 UCE 18%	X2	Eff	29 UCE 6%	X2	Eff	208 UCE 47%	X2	Eff
Atendimento	43	33	Equipe	59	25	Ajudar	68	7	Disciplina	49	48
Hospital	36	29	Médico	49	23	Pessoas	63	18	Formação	35	65
Recurso	24	16	Exemplo	32	14	Enfim	50	5	Prática	29	44
Vocação	22	62	Que	27	13	Ensino	44	3	Aluno	25	46
Coisa	22	27	Global	22	6	Cuidar	31	4	Voltado	24	31
Sessão	20	10	Fisioterapeuta	21	38	Gostar	26	6	Disciplinas	22	97
Getúlio	18	7	Família	19	10	Reabilitação	24	12	Período	22	21
Atende	18	7	Família	19	10	Também	24	14	Período	22	21
Vargas	18	7	Educação	18	8	Vejo	23	10	Nessa	21	35
Falta	17	17	Integral	18	8	Posso	23	6	Vivência	20	20
Precisa	16	21	Enfermagem	18	5	Conversar	16	4	Prática	19	40
Ir	15	10	Atividade	17	5	Fazendo	16	3	Estágio	14	17
Dar	15	8	Enfermeiro	16	7	Sei	15	8	SUS	13	89
Maneira	15	6	Paciente	14	29	Doença	15	5	Estar	13	20
Diferente	15	12	Multidisciplinar	14	6	Reabilita	15	8	Princípios	13	12
Qualidade	15	8	Discutir	13	3	Discente	13	2	Coletiva	13	12
Getúlio	14	7	Encaminhar	13	6	Pessoas	12	15	Curso	12	20
Demanda	14	7	Palestra	13	4	Fisioterapia	12	12	Sistema	12	36
Deveria	14	7	Hipertenso	13	4	Pessoal	9	2	Semestre	11	9
Diferente	13	6	Comunidade	11	5	UTI	9	2	Faculdade	11	13
Equipamento	13	5	Promoção	11	7	Vai	9	13	Ano	10	11
Dia a dia	11	16	Dificuldade	11	12	Amplio	9	2	Atuação	10	33
Ambulatório	11	23	Fazer	10	28	Casa	9	2	Ver	10	15

Quer	11	14	Chegar	10	12	Relação	7	5	Princípios	10	12
Mundo	11	8	Medicina	10	4	Quer	7	4	Integralidade	9	10
Assistência	11	7	Entender	10	12	População	7	3	Acadêmica	9	8
Utilizam	11	7	Seqüelas	9	5	Estável	6	2	Acadêmica	9	8
Variáveis- atributos	X2	Eff	Variáveis- atributos	X2	Eff	Variáveis- atributos	X2	Eff	Variáveis- atributos	X2	Eff
*do_8	47	24	*do_6	59	19	*ind_01	120	12	*do_12	23	24
*ind_26	47	24	*ind_24	59	19	*al_1	68	24	*ind_30	23	24
*al_1	26	48	*do_9	14	16	*ind_18	28	5	*al_2	16	70
*ind_04	19	9	*ins_1	14	16	*ind_05	13	3	*ins_2	12	64

Figura 1 - Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente (análise padrão) – Entrevistas (N=31).

A constatação de quatro classes temáticas pode levar a inferir que, para apreender as representações sociais discentes e docentes sobre a formação do fisioterapeuta e sua atuação no SUS, o grupo pesquisado demonstrou várias categorizações, as quais, segundo Moscovici (1981), consistem na apropriação de uma teoria do senso comum. Além dos resultados obtidos por meio da CHD, o Alceste realizou a análise fatorial de correspondência (AFC), resultando no plano fatorial demonstrado na Figura 2. Tal figura demonstra o traçado de dois eixos, que juntos explicaram 77% da variância total das UCE, contendo as oposições entre as quatro Classes. O conteúdo das falas dos docentes e discentes distribui-se em quatro zonas ou conglomerados, de modo não-aleatório e correspondente às formas específicas das classes.

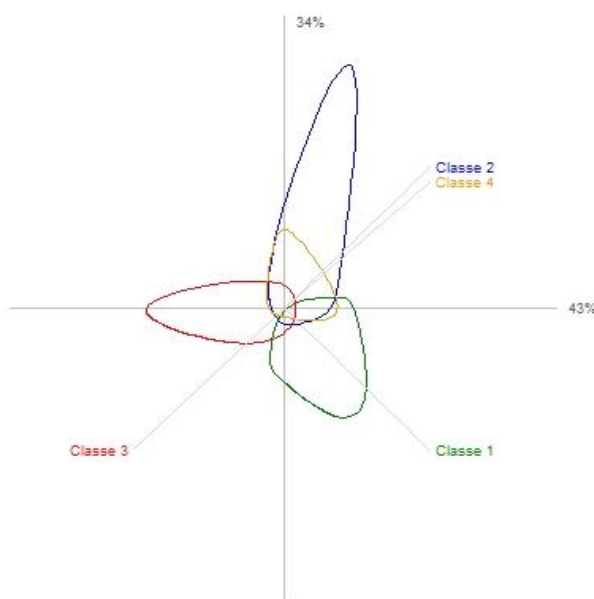


Figura 2 – Análise fatorial de correspondência em contribuição do *corpus* das entrevistas

No Eixo 1, na linha horizontal, concentram-se as Classes 3 e 4, que explicam 43% da variância total das UCE. No lado negativo ou à esquerda do Eixo 1, conforme a Figura 3, destacam-se as palavras aglutinadas na Classe 3 “Formação do Fisioterapeuta para o SUS”: prática, disciplina, formação, aluno, voltado. Por oposição, no mesmo eixo, no lado positivo, à direita, posicionam-se as palavras com maiores cargas fatoriais, agrupadas na Classe 4 “Expectativas acerca da atuação do Fisioterapeuta”: ajudar, gostar, reabilitação, também, posso. Observa-se também no Eixo 1 uma oposição entre as Classes 1, 2 e 4 em relação à Classe 3, ratificando as ramificações encontradas na CHD.

Com relação ao Eixo 2, na linha vertical, destacam-se as Classes 1 e 2, que explicam 34% da variância total das UCE. No plano superior do Eixo 2, no aglomerado da Classe 2, “Trabalho em equipe e/ou multidisciplinar”, emergiram as contribuições: equipe, fisioterapeuta, médico, exemplo, que. Por contraste, no plano inferior, posiciona-se a Classe 1 “A Fisioterapia e os níveis de atenção à saúde” que agrupou as seguintes palavras: atendimento, hospital, recurso, vocação, coisa.

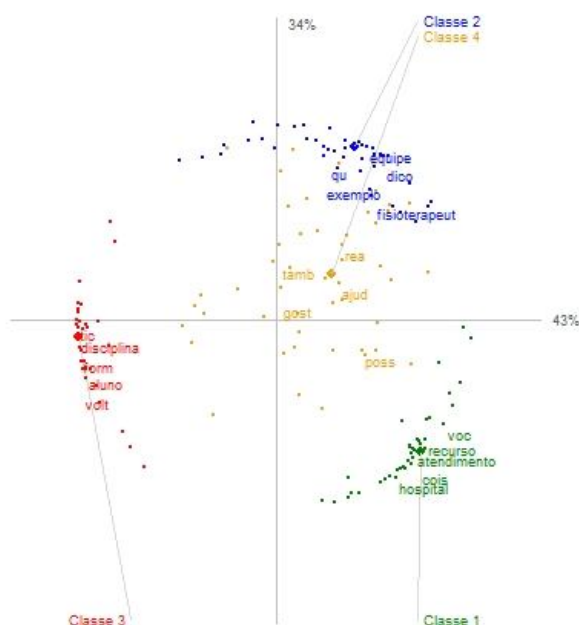


Figura 3 – Análise fatorial de correspondência em correlação do corpus das entrevistas.

Tendo em vista os contextos temáticos contidos nas Classes 1, 2 e 4, pode-se entender que essas classes são resultantes, primariamente, de um bloco textual

comum, o que abrange significados diferentes, sendo por isso denominado de “Significado do SUS para os fisioterapeutas: expectativas na atuação da fisioterapia e trabalho em equipe da prevenção à reabilitação”, resultantes da vivência ou do senso comum.

Estes resultados foram apreendidos a partir da integração entre um objeto representado socialmente pelo grupo de discentes e docentes e um conhecimento oriundo do senso comum. Nesta perspectiva, as classes temáticas e suas respectivas denominações constituíram um guia, a partir do qual se tornou possível apreender as representações sociais elaboradas pelos discentes e docentes acerca da sua atuação no SUS.

4.1. Significado do SUS para os fisioterapeutas: expectativas na atuação da fisioterapia e trabalho em equipe da prevenção à reabilitação.

O Sistema Único de Saúde tem como objetivo garantir a saúde como direito do cidadão e como responsabilidade do Estado. O SUS é estruturado em princípios de universalidade, integralidade e equidade e é organizado em três níveis hierárquicos de complexidade: primário (baixa complexidade), secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2011).

Como pode ser observado na Figura 1, a Classe 1, “A Fisioterapia e os níveis de atenção à saúde”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 43$ (atendimento) e $\chi^2 = 11$ (utilizam, assistência, mundo, quer, ambulatório). As variáveis-atributos que mais contribuíram com esta classe foram docentes.

Os elementos presentes na Classe 1 abordaram os níveis de atenção à saúde. As falas registradas apontaram para a existência de um senso comum entre os docentes e discentes, revelando uma compreensão acerca do vasto alcance da atuação do fisioterapeuta presente nos três níveis: primário, secundário e terciário. Para designar este último, os discentes referiram-se à palavra “hospitais”, para o nível secundário, referiram-se a “ambulatório” e, para o nível primário, “atendimento em comunidade”.

Para ilustrar a Classe 1, a seguir encontram-se listadas algumas UCE representativas, sobre a Fisioterapia e os níveis de atenção à saúde:

(...) então a gente tenta formar o aluno de uma maneira generalista, ou seja, ele tem uma visão de todas as áreas, onde ele possa atender o paciente na comunidade, aquele paciente do SUS ou aquele paciente em posto de saúde (...) tem o atendimento em comunidade, onde o paciente vai até o fisioterapeuta no posto e o atendimento nos hospitais públicos, onde o paciente se desloca a um hospital público (...) o problema reside neste paciente vir até nós, porque a burocracia pelo SUS dificulta, torna-se difícil porque ele leva muito tempo pra ter uma guia de atendimento (...) no SUS eu me vejo trabalhando em hospitais, mais em hospitais mesmo, pelo que eu percebi, hospitais públicos (...) acho difícil porque a gente estuda uma coisa e quando vai para a prática é bem diferente, bem diferente mesmo (...).

Portanto, observa-se nas representações sociais dos discentes e docentes a objetivação da representação consensual de que o fisioterapeuta é um profissional que atua principalmente na atenção terciária, dado ancorado nas publicações de autores como: Brasil, 2006; Brasil, 2011; Solla, 2008; Caldas, 2006; Copetti, 2000; Barros, 2008; Rebelatto e Botomé, 1999; Costa *et al*, 2012; Ribeiro (2002); Rodrigues (2008), que confirmam tal representação.

O nível primário representa a porta de entrada preferencial deste sistema de saúde, utilizando tecnologias de baixa densidade para a resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Quando a resolução de problemas exigir disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de maior densidade, o cuidado primário é complementado pelos outros níveis, por meio de diagnóstico e terapia serviços de apoio, desenvolvidos em uma clínica ou hospital, para proporcionar cuidados de saúde integral à população. A atenção primária é o elemento de um processo contínuo dos cuidados de saúde, o que representa o foco principal a guiar o eixo das outras ações (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

No entanto, este modelo ainda está em curso, existindo integração insuficiente entre os serviços, com predominância de ações em níveis especializados, comprometendo a qualidade e eficácia da rede de cuidados de saúde, com o aumento dos custos e desigualdades no acesso (SOLLA; CHIORO, 2008).

A fisioterapia tem sido caracterizada como uma profissão com ênfase em ações especializadas (CALDAS, 2006; COPETTI, 2004). Originada durante as guerras mundiais, quando havia altas taxas de lesões de trabalho e alta incidência de indivíduos com as sequelas de poliomielite, o campo profissional foi orientado às atividades de reabilitação. Estes aspectos, reforçados pela formação focada em tratamentos individuais em clínicas e hospitais, historicamente, têm classificado a Fisioterapia como pertencente aos níveis de média e alta complexidades, limitando-a um longo tempo para ações no nível primário (BARROS, 2008; REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

Apesar da expansão do número de fisioterapeutas, sua concentração ocorre nos setores especializados, dificultando o acesso para a população. Torna-se importante, portanto, a distribuição entre os níveis de complexidade como uma prática constante, com intervenções orientadoras que melhorem a estrutura do sistema e fortaleçam a priorização de ações em nível primário.

No Brasil, as ações públicas ligadas ao SUS coexistem com ações do setor privado, com uma participação que concentra 50% dos empregos que exigem ensino superior na área da saúde, de acordo com dados da Pesquisa de Assistência Médica. Entre as ações especializadas, a participação de setor privado é mais significativa, atingindo 90,9% dos estabelecimentos que realizam diagnóstico terapêutico e apoio aos serviços (IBGE, 2009).

Considerando que apenas uma parte da população tem condições financeiras que permitem a utilização de serviços privados, esta concentração promove a desigualdade no acesso a determinados profissionais e procedimentos, incluindo o profissional Fisioterapeuta. Portanto, é importante garantir ações públicas destinadas a toda a população, permitindo a formulação de políticas apropriadas para cada setor, com redução de barreiras de acesso e promoção do fortalecimento dos princípios do SUS.

Em estudo realizado por Costa et al (2012), considerando a classificação de acordo com os níveis de complexidade, 13% dos registros foram relacionados ao atendimento primário, 29% a nível hospitalar e 57% a nível ambulatorial especializado e, este número (30.155) foi maior do que os outros registros (23.026).

Portanto, a soma de fisioterapeutas em serviços especializados ambulatorial e hospitalar mostra que aproximadamente 90% dos empregos foram concentrados em serviços especializados, em detrimento dos serviços de atendimento primário.

Autores como Ribeiro (2002) e Rodrigues (2008) afirmam que na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da Fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. O atendimento restrito, principalmente aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, vem ocasionando uma demanda reprimida nesses locais, onde há listas de espera nas quais as pessoas aguardam durante meses por atendimento.

Há outro agravante no que diz respeito ao acesso ao tratamento fisioterapêutico: a dificuldade que grande parte dos usuários tem de se deslocar para esses serviços. Essa dificuldade se torna mais importante, tanto em função das limitações físicas que muitos apresentam, como também do ponto de vista econômico, uma vez que esse atendimento pressupõe repetidas idas ao serviço, deslocando-se por longas distâncias, o que representa, além do esforço físico, despesas com transporte (RIBEIRO, 2002).

A partir do momento em que os fisioterapeutas ampliaram seu campo de atuação e apresentaram-se como aptos a contribuir, também, na prevenção primária, eles criaram a necessidade de rever e reestruturar sua prática.

Rezende *et al* (2009), afirma que a demanda por reflexão e diálogo em torno dessa perspectiva nova ocorre tanto na esfera interna da profissão quanto no campo da saúde como um todo. Por um lado, é preciso que os profissionais reflitam conjuntamente sobre as finalidades de sua prática, reconstruindo o sentido e o significado do seu agir, tornando-os coerentes com a proposta apresentada, em especial no que tange à atenção básica. Por outro, torna-se indispensável a ponderação, junto a gestores e organizações comprometidas com a participação social, sobre a relação entre a composição das equipes e as necessidades de saúde das comunidades.

Nessa perspectiva tem-se a Saúde da Família, que se baseia, essencialmente, no trabalho das equipes. Cabe a elas, entre outras atribuições:

cadastrar todas as famílias de uma determinada região, identificar os problemas de saúde dessa população cadastrada, planejar suas ações dentro das necessidades locais, acompanhar os grupos mais vulneráveis, realizar atendimentos de qualidade (agendados previamente, por demanda espontânea nas unidades ou em visita em domicílio), desenvolver ações de educação e promoção da saúde e estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com as pessoas da comunidade (REZENDE *et al*, 2009).

O PSF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem a problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O senso comum objetivado pelos participantes desta pesquisa mostra na fala dos mesmos que o trabalho em equipe e/ou multidisciplinar não acontece, já que cada profissional trabalha isoladamente, fato que é ancorado pela ocorrência de sequelas devido à dificuldade dos usuários conseguirem guias de atendimento, somente dadas por profissionais médicos, de forma que se houvesse uma comunicação entre a equipe, a burocracia para o atendimento poderia ser minimizada e, conseqüentemente, as complicações adquiridas pelos usuários dos serviços.

A Classe 2, “Trabalho em equipe e/ou multidisciplinar”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 59$ (equipe) e $\chi^2 = 9$ (sequelas), presentes no discurso dos docentes. Para ilustrar esta classe, seguem as seguintes interlocuções:

(...) como o nome já fala equipe multidisciplinar então, o paciente tem que ser atendido em diversas áreas, por exemplo, tem o médico que atua diferente do enfermeiro, aí já vem o fisioterapeuta pra complementar, vem o psicólogo já com uma abordagem diferente, então, fica uma um cuidado mais completo (...) a gente associa isso igual ao motor de um carro, cada um tem sua função isolada, mas não faz o conjunto todo funcionar (...) na verdade, eu não vejo que isso acontece porque a gente vê uma equipe formada por vários enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, odontologistas e na verdade essa integração não ocorre (...) eu acho que falta mais um pouco disso de um estar se sentando pra estar conversando o que está fazendo ali em equipe, eu acho que falta um pouco (...) hoje no SUS só pode ser feito fisioterapia se o médico solicitar, que isso dá um entrave, do SUS pra fisioterapia (...) tanto que isso faz com que os pacientes quando

eles chegam pra fisioterapia, quando eles conseguem, vem com grandes sequelas (...).

A representação social apresentada por discentes e docentes sobre o trabalho em equipe, é ancorada nas publicações de Oliveira (2011), Naves e Brick (2011), Castro; Cipriano Junior e Martinho (2006), Pereira *et. AL* (2004), Porto e Almeida (2002), Peduzzi (2001) e Simões e Fávero (2000).

Trazendo para a realidade de hoje, as equipes ampliaram-se, mas a fisioterapia reclama por reconhecimento e espaço. A reorientação do modo de produzir saúde fortaleceu-se com a construção do SUS, e é nesse contexto que o fisioterapeuta, como trabalhador da saúde, tem de reorientar suas práticas e reinventar a forma de cuidar das pessoas e da coletividade. É observada a existência de uma demanda real pela atenção desenvolvida pelo fisioterapeuta, e gestores municipais têm proporcionado espaços de inserção desse trabalhador junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes têm por objetivo ampliar a resolutividade e o impacto da atenção básica à saúde da população, facilitando o acesso às práticas curativas e preventivas na perspectiva da integralidade (OLIVEIRA, 2011).

Schwingel (2008) acrescenta que, com o lançamento da Portaria Ministerial (Ministério da Saúde) nº 154, de 24 de janeiro de 2008, de criação dos NASF, diversas categorias profissionais comemoraram o fortalecimento do contexto multiprofissional do trabalho na área da saúde. Comenta que, apesar de a Portaria apresentar alguns avanços, ela não garante a imediata incorporação do fisioterapeuta na equipe, o que irá necessitar da efetiva participação da sociedade e da mobilização dos profissionais.

A proposta do Núcleo é ampliar o acesso às diversas modalidades da terapêutica, garantindo a integralidade da atenção pela interseção com a rede básica, inserindo as diversas categorias profissionais da saúde no cuidado ou no apoio matricial à equipe de saúde. Dentre as categorias inseridas, está a fisioterapia. A implicação com o trabalho ampliado da saúde e com a direcionalidade do desenvolvimento setorial é para profissionais generalistas (OLIVEIRA, 2011).

Em estudo de Naves e Brick (2011), verificou-se que os alunos consideram importante a atuação do fisioterapeuta no SUS, assim como a preparação e

qualificação do atendimento em saúde coletiva. Os alunos pouco têm conhecimento sobre a atuação da fisioterapia em saúde pública, mas mostram-se preocupados em garantir boa qualidade no atendimento.

O profissional fisioterapeuta na equipe de saúde da família realiza atividades educativas como palestras, deve ter a habilidade de adaptar ações e instrumentos terapêuticos de acordo com recursos disponíveis na comunidade (PEREIRA *et al*, 2004), além de apresentar competência em liderança, pois esta cria oportunidades para a inovação, levando à implantação de mudanças (SIMÕES; FÁVERO, 2000).

Peduzzi (2001) considera trabalho em equipe multiprofissional ou multidisciplinar uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, sendo que a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação entre os membros da equipe se daria por meio da comunicação. Castro; Cipriano Junior e Martinho (2006) concordam que a proposta multidisciplinar de trabalho da equipe do PSF vai ao encontro de sua função, que seria a de desenvolver ações de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos na população sob sua responsabilidade. A relação de trabalho se torna interdisciplinar quando há margem para maior diversidade de ações em saúde e busca permanente do consenso na equipe.

Desta forma Porto e Almeida (2002) afirmam que o sucesso de uma equipe interdisciplinar depende de profissionais dispostos ao diálogo com marcos referenciais construídos e compartilhados pela equipe de saúde. Este aspecto é fundamental para compreendermos algumas das dificuldades do trabalho interdisciplinar. O simples juntar das pessoas com formações diferentes, pode trazer mais problemas que soluções para a integração de conhecimentos e abordagens, resultando em ações multidisciplinares fragmentadas.

Segundo Rebelatto e Botomé (1999) a origem da fisioterapia dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas ou reabilitadoras. O próprio nome da profissão já evidencia a seleção feita em relação ao que é considerado como objeto de trabalho nesse campo. A palavra “terapia”, em princípio,

exclui algumas modalidades de atuação profissional, como a manutenção e a promoção de melhores condições de saúde.

Essa representação social da fisioterapia ancorada na reabilitação pode ser expressa pela fala dos discentes entrevistados, de forma que sua objetivação é ajudar as pessoas, o que remete ao senso comum de retorno à função e reinserção na comunidade e, apenas em um segundo momento se fala que fisioterapia não é só reabilitação, após ancoragem no acompanhamento de atuação profissional.

De acordo com o dendrograma, a Classe 4, “Expectativas acerca da atuação do Fisioterapeuta”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 68$ (ajudar) e $\chi^2 = 6$ (estável), extraídos do discurso dos discentes.

Entre as expectativas de atuação do Fisioterapeuta, destacam-se a vontade de ajudar as pessoas, assim como, estabilidade financeira:

(...) A fisioterapia, eu to iniciando ainda tem muita coisa a aprender, muita coisa a acrescentar, mas, enfim, eu vejo que uma área que um amplo mercado. Estou fazendo por realização pessoal e a fim também de ajudar as pessoas, principalmente, de ter esse comprometimento entre profissional e paciente (...) me preocupo se eu vou estar estável financeiramente, mas também me preocupo muito em ajudar as pessoas, não sei se é um dom, gostar de cuidar de alguma pessoa (...) ele atua em todas as áreas possíveis desde a UTI na respiração, e o fisioterapeuta ele ajuda muito a pessoa (...) o fisioterapeuta ele atua em todas as áreas desde a prevenção nível básico da prevenção, o fisioterapeuta ele tem uma um cargo importantíssimo no diagnóstico e tratamento quanto na reabilitação até a reinserção dessa pessoa (...) depois da rotina de acompanhar ele com alguns fisioterapeutas, depois de ter algumas conversas, também naquela rotina, eu vi que fisioterapia era uma área além do que eu pensava, não era só de reabilitação (...).

Nas alocações oriundas das falas dos discentes do presente estudo não foi registrado uma atuação do fisioterapeuta objetivada no SUS. Supõe-se que esta evidência pode ser justificada pelo fato dos discentes não terem realizado o processo de naturalização dessa atuação no SUS, logo os elementos do pensamento não se concretizam e, portanto, não adquiriram um *status* de evidência na realidade e no terreno da representação consensual.

Maciel *et al* (2005), afirma que a atuação do fisioterapeuta não se limita apenas ao setor curativo e de reabilitação; as ações de prevenção e educação em saúde são essenciais para a melhora da qualidade de vida da população e as

intervenções no atendimento domiciliar podem levar à positividade na relação do paciente com o meio, tanto físico quanto social.

Também conforme Ferreira *et al* (2005), a fisioterapia pode proceder junto à equipe, realizando atendimentos domiciliários em pacientes acamados ou impossibilitados, com ações que consigam desenvolver suas atividades de vida diária (AVD), melhorando a qualidade de vida para evitar possíveis complicações. A participação da fisioterapia na saúde coletiva compõe-se em uma contribuição imperativa que pode viabilizar maior decisão junto a outros profissionais.

Em estudo feito por Naves e Brick (2011), realizado na Faculdade Marechal Rondon (FMR), situada na cidade de São Manuel (SP), na qual foi aplicado um questionário a 107 de 183 alunos regularmente matriculados no terceiro e quinto semestre do curso de Fisioterapia, de ambos os sexos, observou-se que ao longo dos três anos de graduação, mesmo com a disciplina de saúde coletiva na estrutura curricular do primeiro ano, percebeu-se o pouco conhecimento por parte dos alunos em relação à atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva.

Esses estudos corroboram com a presente pesquisa, visto na representação social dos discentes que eles apresentam pouco conhecimento sobre a atuação da fisioterapia em saúde pública, apesar do fisioterapeuta fazer parte da equipe multidisciplinar. Cabem mais pesquisas na área, buscando relacionar o conhecimento da atuação da fisioterapia em saúde coletiva e a utilização por parte dos alunos de graduação em instituições de nível superior do Sistema Único de Saúde.

4.2. Formação do Fisioterapeuta para o SUS: representações sociais.

A organização curricular de fisioterapia vem direcionando a abordagem para determinados problemas de saúde, com predomínio do estudo das doenças que deixam sequelas reabilitáveis, excluindo da discussão um leque de problemas de saúde comuns à população. Essa estrutura não favorece ao acadêmico do curso de Fisioterapia uma aproximação com a realidade social da população pobre, com o

conhecimento concreto acerca do adoecimento dessa população e das estratégias de enfrentamento dos problemas. Mudanças recentes nos projetos político-pedagógicos dos cursos revelam a preocupação com a formação dos fisioterapeutas, incluindo os estágios em saúde coletiva, tentando propiciar aos estudantes a vivência na atenção básica, para ampliar a qualificação profissional e a possibilidade de acesso da comunidade ao serviço de fisioterapia (Silva & Da Ros, 2007).

O senso comum identificado no discurso dos docentes e discentes participantes desta pesquisa mostra a dificuldade em se situar nessa lógica de atuação e intervir em situações em que não priorizem a reabilitação, destacando a importância de uma mudança na formação para que o acadêmico pudesse experimentar uma atuação de forma integral, visando à promoção e manutenção da saúde antes de direcionar sua forma de intervir na reabilitação.

A Classe 3, “Formação do Fisioterapeuta para o SUS”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 49$ (disciplina) e $\chi^2 = 9$ (acadêmica, integralidade), identificados na fala dos docentes. Sobre a esta classe seguem-se as falas:

(...) acho deficiente a formação do SUS, tanto a minha como a atual, o erro continua o mesmo, até porque as grades curriculares pouco ou quase nada contemplam o estudo sobre o SUS, praticamente ficando restrito a algumas unidades de disciplinas como saúde pública (...) quando muito se fala nessa disciplina em relação ao que se leva ao profissional atuar no mercado de trabalho, principalmente no setor público sem o conhecimento do SUS ao mesmo tempo não reivindicando e nem fornecendo aos pacientes seus direitos e deveres, o que seria de suma importância uma preparação por parte destes profissionais, conhecendo as dimensões de SUS possam aplicá-las na prática (...) foram disciplinas que aconteceram no segundo ou terceiro período, então eu acho que pra gente assimilar mais seria melhor se fosse no sétimo, no sexto ou no oitavo período porque preparava a gente pros estágios que a maioria dos nossos são na saúde pública (...) também tem a questão do SUS ser muito complexo, tem muitas leis e acaba se tornado chato, eu acho que teria que ser mais uma coisa prática, uma atuação no PSF, realmente iria despertar maior interesse nos alunos (...) eu acho assim que deixa muita a desejar na nossa formação acadêmica o profissional ser voltado pra formação do SUS (...) o que eu sei um pouco a mais foi que eu comecei a estudar pra concurso (...).

A fala dos participantes constituiu a objetivação das representações sociais dos participantes na deficiência da formação do fisioterapeuta para o SUS. Esses

achados foram ancorados em estudos realizados por Oliveira (2011), Rocha et al (2007), Perpétuo (2005), Amâncio Filho (2004), Centurião et al (2003). Pode-se observar nesses estudos uma relação entre a representação consensual dos fisioterapeutas e a fragilidade da formação desses profissionais para o SUS.

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio), entidade conhecida nacional e internacionalmente como fórum legítimo para as discussões que envolvem o ensino da fisioterapia no Brasil, é uma importante instância associativa dos professores da área. Surgiu com a preocupação quanto à formação dos profissionais, buscando uma mudança nesse aspecto, ao convocar profissionais dos serviços, docentes, instituições de ensino, acadêmicos, associações, gestores, conselhos, enfim, todos que de forma direta ou indireta, estão preocupados com o processo de formação, esteja ele situado na esfera pública ou privada, para que sejam observadas as diretrizes curriculares, o padrão de qualidade e as decisões tomadas coletivamente (OLIVEIRA, 2011).

Rocha et al (2007) referem que as mudanças que ocorreram com a Reforma Sanitária, em meados da década de 1970, que culminaram com uma legislação e normatização da saúde como direito constitucional, tendo a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação social como determinação e diretrizes para o Sistema Único de Saúde, não estão bem visíveis ou não trouxeram o impacto esperado na prática cotidiana dos serviços de saúde, o mesmo também não ocorreu na graduação dos profissionais de saúde.

Aos poucos, essas mudanças refletiram-se no contexto das políticas públicas, mas de forma tímida, requerendo atualizações nos projetos político-pedagógicos e no “ensinar fisioterapia” (ROCHA et al, 2007). A postura conservadora impõe-se aos cursos de graduação na área da saúde e pode ser indicada por fatores como a força das políticas corporativas; o mercado de trabalho com valorização tecnicista; a ausência de responsabilidade social por muitas Instituições de Ensino Superior e as precárias condições de alguns serviços (FEUERWERKER, 2002 apud ROCHA et al., 2007, p. 17).

Rocha et al (2007) acrescentam que, além dos fatores citados, existe uma desarticulação dos docentes com vínculos frágeis aos cursos, o predomínio da

medicalização de problemas de ordem social, a abordagem clínica compartimentalizada e a doença prevalecendo sobre uma abordagem sistêmica, sendo que a academia tem mantido seus currículos com características do século passado, ou seja, centrado no ensino de patologias. Embora os avanços da tecnologia sejam importantes no campo diagnóstico e terapêutico, não se pode restringir a formação dos profissionais ao modelo hegemônico médico-centrado, pois isso resultaria em uma distância cada vez maior dos profissionais às necessidades de saúde das pessoas e da sociedade na qual elas se encontram inseridas.

Centurião *et al* (2003) afirmam que existe um desafio para a construção de propostas na busca da real inserção do profissional fisioterapeuta no campo da saúde coletiva, afirmando-se definitivamente como profissional do cuidado e da reflexão em saúde, e não da doença ou da reabilitação. Oliveira (2011) acrescenta que se necessita, ainda, da ampliação dos cenários de atuação com o cuidado de uma mudança real nas práticas a serem desenvolvidas, para que simplesmente não se reproduza nesses espaços o mesmo modelo biomédico de medicalização e de dependência tecnológica, não limitando as ações aos espaços clínicos e reabilitadores.

Uma de suas preocupações recentes é com o crescimento desordenado de cursos de fisioterapia. Na década de 1990, tínhamos 99 cursos de graduação em fisioterapia; atualmente, temos 540 cursos, sendo 68 em escolas públicas e 472 em escolas privadas, portanto 87,40% (INEP, 2012).

No processo de expansão do ensino superior, a graduação em Fisioterapia se destaca como o curso de maior crescimento na área da saúde (exceto pela Enfermagem). É visível o crescimento da oferta de cursos de fisioterapia na década de 1990 a 2000, tendo seu ápice entre 2000 e 2010, inexistindo planejamento e preocupação com a qualidade dos cursos ofertados, verificando a mercantilização da educação superior (OLIVEIRA, 2011).

Somando-se aos conhecimentos técnico-científicos e éticos da formação, é imprescindível ao ensino a contribuição de diversas áreas do campo da saúde, como a epidemiologia ou a saúde coletiva como um todo; do campo das ciências sociais e políticas; e do campo da economia e demografia. Esses campos garantem atender a

um perfil profissional competente para atuar no SUS em toda a sua complexidade, buscando os direitos constitucionais e a saúde do indivíduo e da coletividade. (ROCHA *et al*, 2007).

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam para a necessidade de ações concretas, colocando em prática a formação de um profissional generalista, articulado mediante o aprofundamento em outras áreas consideradas apropriadas para o exercício profissional. Tais pressupostos visam a diferentes abordagens e vão muito além das ciências biológicas, contribuindo para o agir e o pensar da própria prática profissional. (PERPÉTUO, 2005).

Essa visão educacional representa um marco para o ensino da fisioterapia, uma vez que, até pouco tempo atrás, os profissionais da área estavam voltados para o desenvolvimento de suas ações apenas no que se referia à atenção secundária e terciária, atuando somente em clínicas e consultórios privados e hospitais, com pouco destaque para a atenção primária ou no âmbito ampliado do campo científico da saúde. (OLIVEIRA, 2011).

Educar pessoas conscientes de seu papel social, com percepção macro dos problemas que afetam a humanidade, representa proporcionar a cada indivíduo a oportunidade de assumir e exercitar uma postura que alie, de modo simultâneo, despojamento e rebeldia. Despojamento no sentido de humildade suficiente para realizar a autocrítica em relação ao próprio desempenho, reconhecendo os limites para sua forma de agir; rebeldia no sentido de se dispor a questionar e enfrentar dogmas e barreiras socialmente impostas, revelar-se, enfim, na coragem de ousar. A cada um de nós compete o esforço de superar as próprias limitações de indivíduos historicamente construídos, numa sociedade que preza e impõe um existir fragmentado, parcializado e egoísta. (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Nesse percurso, é necessário aprofundar a reflexão sobre os meios e os modos como a formação profissional vem ocorrendo, isto é, se os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas permitem ao aluno apreender tanto os procedimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional como, também, desenvolver visão crítica em relação ao processo de trabalho e ao mundo que o circunda. É preciso instituir estratégias que escapem a padrões convencionais

de educação, como a implantação e o desenvolvimento, na esfera da educação profissional, de projetos dinamizadores do uso de novas tecnologias, promovendo e articulando o conhecimento produzido com as necessidades que (re)configuram a sociedade atual.

Da mesma maneira, é imprescindível repensar o papel e a importância do professor, que necessita ser valorizado em sua profissão, o que inclui condições salariais e de trabalho condizentes com suas responsabilidades, com possibilidade de se manter atualizado e atento em relação às mudanças contemporâneas que vêm dando nova feição ao mundo. (AMÂNCIO FILHO, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se nesta pesquisa acerca da representação social dos fisioterapeutas sobre sua formação e atuação no SUS, a existência de uma representação consensual entre os docentes e discentes revelando uma compreensão acerca do vasto alcance da atuação do fisioterapeuta presente nos três níveis de atenção, o que não modifica a crença de que o fisioterapeuta é um profissional reabilitador.

Em relação ao trabalho em equipe e/ou multidisciplinar, na visão dos participantes, este não acontece, já que cada profissional trabalha isoladamente, o que dificulta o trabalho do fisioterapeuta, possibilitando o acréscimo de pessoas com sequelas. Nesse aspecto, o reabilitar torna-se sinônimo de ajudar as pessoas, gerando uma expectativa de trabalho nesse sentido.

A atuação objetivada no SUS não foi encontrada na fala dos participantes, o que mostra uma visão ainda especializada e hospitalocêntrica por parte dos participantes desta pesquisa. Há na representação social desses participantes uma notada fragilidade e deficiência da formação do fisioterapeuta para o SUS. Essa representação corrobora com a urgência de uma mudança na formação para que o discente pudesse experimentar uma atuação de forma integral, visando à promoção e manutenção da saúde antes de direcionar sua intervenção para a reabilitação.

Portanto, a construção das representações sociais da formação e atuação do fisioterapeuta, encontra-se ancorada na história da fisioterapia, assim como em suas mudanças ao longo do tempo, revelada por meio de objetivações naturalizadas na reabilitação e recuperação de pessoas. Infere-se, neste contexto, o caráter societal da análise das representações sociais apreendidas na fala dos participantes.

Notadamente, a atuação do fisioterapeuta está ancorada na atenção terciária e objetivada em atividades eminentemente reabilitadoras e sua formação mostrou-se deficiente para o SUS. Nesta direção, o aprofundamento dos estudos acerca da formação do fisioterapeuta e sua atuação no SUS estão atrelados à própria

mudança de paradigmas na saúde coletiva, com a incorporação desse profissional em áreas de atuação antes inexistentes.

Uma menção deve ser feita às limitações deste estudo, resultantes do ato de pesquisar um tema que, em que pese sua relevância para atuação do fisioterapeuta na saúde pública, está a merecer esforços metodológicos complementares para a sua investigação. Nesta dissertação, a opção por aplicar uma entrevista em profundidade para apreender as crenças, ideologias, opiniões, costumes e pensamentos sociais, que no seu conjunto constituem as representações sociais de um objeto, enredou-se na dificuldade de ampliar o número e as características do grupo de participantes.

Uma limitação considerável deveu-se à dificuldade de adesão dos docentes e discentes participar da segunda fase da pesquisa, justificando este fato por não saber falar sobre o assunto, não poder dispensar um tempo que poderiam estar em outra atividade respondendo entrevista ou por não permitir a gravação da entrevista, ainda que fosse ratificada a confidencialidade da fala, já explicitada no termo de consentimento livre e esclarecido.

Por outro lado, a opção pela análise lexical, alcançada pelo emprego do software Alceste, no formato padrão, trouxe a oportunidade de examinar com mais fidedignidade as falas, levando a investigação a um patamar satisfatório de análise qualitativa e quantitativa.

Enfim, cabe a reflexão acerca da aplicabilidade destes achados, o desafio da mudança da formação do fisioterapeuta para atuação no SUS. O desdobramento desta dissertação aponta para a apresentação e discussão, em profundidade, dos resultados encontrados, junto tanto aos discentes e docentes pesquisados, quanto aos gestores das universidades onde foi realizada a pesquisa.

O processo de formação em Fisioterapia vem se modificando de acordo com as novas diretrizes curriculares para o curso de graduação em Fisioterapia e num futuro próximo possibilitarão uma reorganização do processo ensino-aprendizagem, mudanças de conteúdo disciplinar e avanços das estratégias de ensino para o trabalho no SUS.

A finalidade dessa discussão repousa na tentativa de desvendar e tornar públicas as dificuldades apontadas nesse processo de formação e de promover mudanças para a atuação deste profissional em todos os níveis de atenção do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. L'étude expérimentale des représentations sociales. In: JODELET, D. **Les représentations sociales** Paris, PUF, 1989, p.197.

ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris, PUF, 1994.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004.

ANDRADE, A. D.; LEMOS, J. C.; DALL'GO, P. Fisioterapia. In.: HADDAD, A. E. *et al.* **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, p.201-350.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.941-954, jun. 2008.

_____. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. 197p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 out. 1969. Seção 1. p.8658.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, 2006.

_____. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 fev. 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

CALDAS, M. A. J. **O processo de profissionalização do fisioterapeuta: um olhar em Juiz de Fora**. 2006. 118f. Tese (Doutorado) Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

CASTRO, S. S.; CIPRIANO JÚNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Fisioter. mov**, Curitiba, v.19, n.4, p.55-62, out./dez. 2006.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. **Ensino da saúde como projeto da integralidade**: educação dos profissionais de saúde no SUS. In: CECCIM, R.; PINHEIRO, R. MATTOS, R. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

CENTURIÃO, C. C. H. *et al.* Relatório da oficina de trabalho de fisioterapia e saúde coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Anais**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

COPETTI, S. M. B. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. **Revista in Pauta**, Pato Branco, v. II, n. 2, p.11-23, jul./dez. 2004.

COSTA, L. R. *et al.* Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, 2012.

COUTINHO, M. da P. L.; NÓBREGA, S. M. da; CATÃO, M. de F. M. Contribuições Teórica-Metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: _____ *et al* (Orgs). **Representações Sociais**: abordagem Interdisciplinar. João Pessoa: Universitária/ UFPB, 2003, p.50-66.

DE ROSA, A. S. A “rede associativa”: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e esterotipia dos campos semânticos relacionados com as representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005, p.61-128.

DIAS, A. S. Desafios. In: LACERDA, D. A. L.; RIBEIRO, K. S. Q. S. (Org.). **Fisioterapia na comunidade**: uma experiência na atenção básica. João Pessoa: UFPB, 2006, p.211-216.

DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. In: DOISE, W. et PALMONARY, A. **Textes de base em psychologie**: l'étude des représentations sociales. Paris, Delachaux & Niestlé, 1986, p. 81.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Análise de alguns indicadores da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/comentarios.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Legislação e documentos**. Disponível em: < www.inep.gov.br >. Acesso em out. 2012.

JODELET, D. Représentations sociales: um domaine em expansion. In: **Les représentations sociales**, Paris, PUF, 1989a, p. 47.

MACHADO, L. B.; ANICETO, R. A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345-364, jun. 2010.

MARQUES, A. P.; SANCHES, E. L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.5-10, jul./dez., 1994.

MOREIRA, A. S. P. *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005.

MOSCOVICI, S. **La machine à faire des dieux**. Paris, Fayard, 1988.

_____. **La Psychanalyse, son image et son public**. 2. Ed. Paris, PUF, 1976.

NAVES, C. R.; BRICK, V. de S. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.1525-1534, 2011.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e JESUÍNO, J. C. (Org.). **Representações Sociais: Teoria e Prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003, p.51-80.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.727-733, ago. 2006.

OLIVEIRA, G. C. C. **Emergência de realidades no ensino superior da saúde: atos e vozes da área de fisioterapia nas diretrizes curriculares nacionais**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.

PARECER CNE/CES nº 776/97).

PEREIRA, F. W. A. *et al.* A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **SANARE**, Sobral, ano 5, n.1, p.93-100, fev./mar. 2004.

PERPÉTUO, Adriane M. **A prática pedagógica do fisioterapeuta docente**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

REBELATTO, J.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REZENDE, M. *et al.* A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p.1403-1410, 2009.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v.3, n.5, p.311-318, set./out. 2002.

ROCHA, V. M. *et al.* As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. In: FÓRUM NACIONAL DA ABENFISIO, 16, Canela, 2007. **Documento**. São Paulo: Abenfisio, 2007.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Rev Perspectivas On-line.**, v. 2, n. 8, p.104-109, 2008.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.73-84, mar. 2008.

SARAIVA, E. R. A; COUTINHO, M. P. L. e MIRANDA, R. S. O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In: COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. (orgs). **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

SCHWINGEL, G. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e a inserção do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. **Crefito em Revista**, Porto Alegre, p. 22-24, 30. jun., 2008.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1673-1681, dez. 2007.

SIMÕES, A. L. de A.; FÁVERO, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, jul. 2000.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.627-63.

APÊNDICES

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde. É um estudo que está sendo desenvolvido por Lianna Ramalho de Sena Rosa, discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e com a colaboração de outros pesquisadores.

Os objetivos do estudo são apreender como se dá a formação do profissional Fisioterapeuta para atuação no SUS, na perspectiva do discente e do docente, conformedo pelas representações sociais do núcleo Central, em duas universidades do nordeste brasileiro e identificar a centralidade das representações sociais sobre as estratégias de ensino-aprendizagem, utilizadas na formação do estudante de Fisioterapia para a atuação no SUS. A finalidade deste trabalho é contribuir para a formação dos fisioterapeutas, mediante reflexão para possíveis mudanças na organização do processo ensino-aprendizagem, adequando a formação à prática e, assim, obter avanços de estratégias para o trabalho no Sistema Único de Saúde.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário sociodemográfico, teste de associação livre de palavras e entrevista em aprofundamento, como também sua autorização para gravação da entrevista e observação sistemática, e posteriormente apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Participante da pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de mais informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador(a)

Lianna Ramalho de Sena Rosa

Endereço - Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi, cep: 60.740-000, Fortaleza-Ceará.

Telefone: (85) 9660-8125

Atenciosamente,

Lianna Ramalho de Sena Rosa

Pesquisadora Responsável

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE B



QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Estado Civil: 1. Solteiro(a) () 2. Casado(a) () 3. Separado(a)/divorciado(a) ()

Escolaridade: 1. Primeira graduação () 2. Segunda graduação ()

Ocupação: 1. Estudante profissional () 2. Trabalha e estuda ()

Com quem mora: 1. Pais () 2. Sozinho(a) () 3. Cônjuge () 4. Cônjuge e filhos(as) ()

A quanto tempo você iniciou sua graduação? _____

Já interrompeu sua graduação? 1. Sim () 2. Não ()

Por quê? _____

Por quanto tempo? _____

Sua formação em Fisioterapia é: 1. Muito boa () 2. Boa ()

3. Regular () 4. Ruim ()

5. Muito ruim ()

Sua formação em Saúde Pública é: 1. Muito boa () 2. Boa ()

3. Regular () 4. Ruim ()

5. Muito ruim ()

Sua participação é de fundamental importância para o sucesso desse estudo!

Você teria interesse em participar da segunda etapa dessa pesquisa? Em caso afirmativo, preencha o espaço abaixo:

Fone: _____ Celular: _____

Data da entrevista: _____

APÊNDICE C



ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

A Entrevista em profundidade iniciará com a seguinte pergunta:

“Fale sobre o que você sabe sobre a formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde, o que significa na sua formação?”.

Os participantes serão convidados a falar, de forma mais livre e aberta possível, sobre o que ouve falar sobre sua formação, quais seus sentimentos, conhecimento, crenças e opiniões sobre sua prática no SUS.

A cada participante será dado tempo, não determinado a priori, para que fale sobre o tema sem interrupções.

Durante a entrevista, à medida da necessidade na direção da clareza e cobertura do objeto de investigação, serão feitas intervenções para esclarecer alguns aspectos relacionados ao assunto relatado pelo participante.

ANEXOS

ANEXO A

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

PROJETO DE PESQUISA

Título: FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA E SUA PRÁTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Pesquisador: LIANNA RAMALHO DE SENA ROSA

Versão: 1

Instituição: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE))

CAAE: 00976712.5.1001.5534

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Numero do Parecer: 14471

Data da Relatoria: 18/04/2012

Apresentação do Projeto:

A presente proposta de pesquisa insere-se no Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará- UECE. As reflexões dão ênfase a formação do profissional Fisioterapeuta apontando os limites de atuar com maior incidência serviços de atenção secundária e terciária e desafios postos a formação profissional diante das demandas do SUS, e de trabalhar na atenção primária, numa concepção de um profissional que tem sua atuação marcada pela integralidade. O projeto contém o detalhamento da proposta de investigação, traz uma fundamentação teórica na busca de identificar quais as representações sociais de práticas e saberes dos discentes de Fisioterapia para o contexto do SUS, as estratégias metodológica foram informadas. A metodologia apresentada se coloca como estratégica para o que se busca pesquisar, com adequação das técnicas variadas que serão utilizadas (teste de associação livre de palavras (TALP), questionário, entrevista, observação sistemática com anotação em diário de campo), o que exigirá do pesquisador muito trabalho, porém abre a possibilidade de proceder a triangulações e obter dados de uma forma mais rica.

Objetivo da Pesquisa:

Apreender como se dá a formação do profissional do Fisioterapeuta para atuação no SUS, na perspectiva do discente, conformado pelas representações sociais do núcleo Central.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos, e quanto aos benefícios pode se destacar a possibilidade de dar voz aos sujeitos envolvidos na formação dos fisioterapeutas professores e alunos e a possibilidade de revelar dados que podem contribuir para redefinições positivas para a categoria profissional, para a formação acadêmica inicial e principalmente para a sociedade em geral usuária dos serviços deste profissional.

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis à saúde dos participantes, contudo estes poderão se desistir da mesma quando quiserem sem nenhum dano.

Os benefícios esperados serão levantar uma reflexão para mudanças na formação dos Fisioterapeutas, adequando sua formação à prática no Sistema Único de Saúde, assim como chamar a atenção dos profissionais e da sociedade para a importância do profissional Fisioterapeuta na Saúde Pública atuando em sua integralidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta uma referência bibliográfica adequada ao objeto no que concerne a categoria basilar - as representações sociais, a pesquisadora elucida os problemas decorrentes de uma formação fragmentada para o exercício profissional e a necessidade de articulação com o propósito e princípios do SUS no que tange a compreensão de saúde e dos seres humanos e questionamento da exclusividade da função reabilitadora, voltado para questões individuais de saúde com foco só na doença e suas sequelas. Apresenta excelentes perguntas de partida que nortearão positivamente a pesquisa, sem contaminar o que se busca investigar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatório foram todos informados e estão adequados.
TCLE adequado ao estudo.
Instrumento de coleta de dados está adequado.

Recomendações:

Explicitar por que o Estado do Piauí tornou-se adequado ao projeto como campo de pesquisa;
Esclarecer se a Instituição Universidade Estadual do Piauí (UESPI), em Teresina/PI, é a única instituição pública de ensino de graduação em Fisioterapia do nordeste, e isso a singulariza ou do Piauí?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está adequado, o tema é relevante e atende aos ditames da Resolução 196/96 e suas complementares do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa foi aprovado por atender plenamente aos preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

FORTALEZA, 23 de Abril de 2012

Assinado por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO