

**ESTÁGIO DE FISIOTERAPIA: POLÍTICAS SOCIAIS NA VILA TAMARINDO*****Raquel Miguel Rodrigues***

Mestre em Saúde Coletiva/UFRJ/RJ  
raqmig@gmail.com

***Gerson Tavares do Carmo***

Doutor em Sociologia Política/UENF/RJ  
gtavares33@yahoo.com.br

***Alik Mendonça Barcelos Faria***

Graduanda em Fisioterapia/ISECENSA/RJ  
alick\_fisio@hotmail.com

***Maria Letícia da Costa Terra***

Graduanda em Fisioterapia/ISECENSA/RJ  
m.leticiaaterra@gmail.com

**RESUMO**

Este artigo pretende contribuir para o debate sobre a formação e a prática profissional do fisioterapeuta no contexto da Atenção Primária à Saúde a partir do relato de uma experiência de implantação do estágio supervisionado de fisioterapia em saúde pública. O contexto do debate se dá na atividade curricular de Estágio Supervisionado do curso de Fisioterapia dos Institutos Superiores de Ensino do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (ISECENSA), implantada na Vila Tamarindo, situada em Campos dos Goytacazes, RJ, com aproximadamente cinquenta domicílios. A relação entre a fisioterapia, a atenção primária e a situação de saúde no Brasil foi discutida sob aspectos teóricos e metodológicos utilizados no processo de implantação do programa de estágio. Estes aspectos foram baseados num levantamento censitário realizado na comunidade Tamarindo, em 2009, nas orientações conceituais obtidas na revisão bibliográfica e nas noções de “problema”, “momento” e “situação” contidas na Teoria de Planejamento Situacional (PS) de Carlos Matus. A possibilidade de inserção dos alunos do curso de fisioterapia no planejamento e na execução das ações na atenção primária trouxe elementos importantes para o debate da atuação fisioterapêutica em geral, e em especial, nas demais disciplinas desse curso no ensino superior. Repensou-se a prática profissional bem como repensou-se as estratégias de aproximação do ensino e, principalmente, do aluno às necessidades da população na perspectiva de um desafio a ser enfrentados por todos.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Atenção primária em saúde; Planejamento em saúde; Educação superior.

## ABSTRACT

This article aims to contribute to the debate on physiotherapist's professional training and practice in the context of Primary Health Care from an experience report about a Physiotherapy's supervised training implementation in public health. The debate's context takes place in the curricular activity in Physiotherapy's supervised training course in Institutos Superiores de Ensino at Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora, introduced in Vila Tamarindo, located in Campos dos Goytacazes, RJ; with about fifty homes. The relationship between Physiotherapy, primary care and health situation in Brazil was discussed under methodological and theoretical aspects used in the implementation process of supervised training program. These aspects were based on a census carried out in Tamarindo, in 2009, using the conceptual orientations obtained in annotated bibliography and in the notions of "problem", "time" and "situation" that appear in the Theory of Situational Planning (SP) by Carlos Matus. The Physiotherapy's course students' inclusion possibility in the planning and in actions' execution in primary care brought important elements to the debate about physiotherapy's performance in general, and in special, in the other subjects in this institution's course. The professional practice was rethought as well as the strategies to the teaching approach, and especially from the students to the people's needs at the prospect of a challenge to be faced by everyone.

**Keywords:** Physiotherapy; primary care in health; planning in health, superior education.

## 1- INTRODUÇÃO

O Curso de Fisioterapia dos Institutos Superiores de Ensino do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (ISECENSA) iniciou suas atividades em março de 2002, logo após a aprovação e publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Fisioterapia através da Resolução CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002. Fundamentadas numa profunda reforma do currículo dos cursos de graduação em fisioterapia, as DCN lançam o desafio de qualificar a formação profissional baseada nos princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro. Apesar do momento histórico favorável, várias propostas curriculares foram desenvolvidas desde o surgimento do curso e, somente em agosto de 2009, o estágio supervisionado de fisioterapia na atenção primária iniciou suas atividades.

Atualmente, o curso oferece uma nova estrutura curricular após intenso debate no colegiado de curso ao longo de 2009 e 2010. Esta nova proposta pretende atender às exigências das Diretrizes Curriculares, que, efetivamente, inseriram a profissão no campo da atenção primária à saúde, desafiando a Fisioterapia a uma *ressignificação*, expressão utilizada por Freitas (2009), do ensino e da prática profissional.

Na tentativa de responder a esses desafios, o curso de fisioterapia iniciou, em agosto de 2009, as atividades de estágio supervisionado em saúde pública e, em março de 2010, o projeto de iniciação científica sobre a atuação da fisioterapia na comunidade. O estágio supervisionado funciona na sede do projeto Universidade Bairro, do ISECENSA, numa ocupação de habitações de baixa renda, conhecida como Vila Tamarindo localizada na região central de Campos dos Goytacazes, RJ. Os acadêmicos do oitavo período e mais um aluno bolsista da iniciação científica participam das atividades de estágio e de pesquisa na comunidade. Apoiada nos princípios do sistema único de saúde, as atividades propostas buscam encontrar subsídios para repensar, direcionar e possibilitar ações primárias de saúde, procurando também priorizar o contexto social e as ações de promoção de saúde e prevenção.



Foto 1: Vista frontal da Vila Tamarindo



Foto 2: Vista da sede do projeto Universidade Bairro

Na primeira edição de 2011 da Revista de APS (Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>) da UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora), foi publicado um artigo de revisão da literatura por Pontes et al (2011) intitulado: ‘Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura Brasileira’. Esta referência se mostrou muito útil na identificação da produção científica neste nível de atenção. Percebe-se que a partir da publicação das DCN em 2002, as experiências do fisioterapeuta no nível primário foram impulsionadas e que, na sua maioria, tratam de experiências de ensino com poucos relatos de experiências do serviço.

Para a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), o estágio, além de um conceito, representaria um compromisso ético, técnico e profissional, envolvendo todos os atores (instituições de ensino, estudantes, professores, profissionais de serviços, usuários, gestores e sociedade em geral) integrantes do processo de formação em Fisioterapia e em saúde (ARAÚJO *et al*, 2010). Logo, pensar nas práticas profissionais inseridas no processo ensino-aprendizagem deveria contemplar a participação dos mais diversos atores envolvidos no processo e, não somente, oferecer uma estruturação teórico-prática construída para responder às exigências das DCN.

Em decorrência das singularidades do trabalho na atenção básica, o fisioterapeuta vem agregando novos valores diferentes dos até então consolidados nos níveis secundário e terciário de atenção (FREITAS, 2009). A partir desta constatação percebe-se que há de se discutir os novos valores que as necessidades de saúde da população impõem ao fisioterapeuta. Para além da competência técnica exigida ao profissional de saúde, outras competências deverão ser desenvolvidas pautadas nas necessidades do outro, no cuidado, na responsabilidade, na escuta qualificada. A possibilidade do fisioterapeuta conviver no ambiente familiar do outro, de outra realidade, com outra representação do que é ser feliz ou ser saudável permite, conforme Freitas, 2009, p.70: “[...] uma interlocução em um campo mais rico (talvez mais verdadeiro) em relação à

<sup>1</sup> A atenção primária à saúde pode ser entendida como o ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde estando inter-relacionada aos outros componentes do sistema. Também pode ser definida como avaliação de um paciente ao primeiro contato, envolvendo uma ampla variedade de questões de saúde, incluindo abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado, com intervenções familiares e comunitárias (STARFIELD, 2002).

possibilidade de uma maior aproximação entre as necessidades verbalizadas pela pessoa atendida com as ações a serem propostas pelo profissional.”

Diante disso, caberá ao fisioterapeuta atuar de forma mais articulada não só com os outros profissionais de saúde em equipe, mas também com os gestores locais e movimentos sociais a fim de permitir esta aproximação com a realidade social. Conforme infere Bispo Júnior (2010, p.1635):

[...] A atuação do fisioterapeuta na atenção básica não deve corresponder ao exclusivo desenvolvimento de ações de reabilitação no PSF, o que corresponderia à simples reprodução do modelo biomédico curativo na comunidade, mas sim constituir-se de nova força para a transformação da realidade social e epidemiológica.

A reprodução do modelo biomédico curativo comentado acima pode ser identificada na forma de atuação dos profissionais de saúde, que embora demonstre avanços teóricos e metodológicos, a prática se limitada nas ações curativas e na perspectiva da saúde como ausência de enfermidade. Entretanto, as práticas de saúde abrem a possibilidade de incorporar a doença no próprio conceito de saúde, à medida que vê a experiência do adoecimento como uma forma de reestruturação da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo. Olhar o pluralismo da questão da saúde solicita assim, ao profissional das diversas áreas que contribuem para a saúde, uma mudança de seus conceitos e ações. Essas mudanças, por sua vez, interferem nas relações educacionais de formação dos profissionais, revelando a necessidade de preparo para atender a demanda (BUSS, 2000).

A demanda, por sua vez, tem se apresentado de modo crescente em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Os processos de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil enfrenta impõem enormes desafios ao sistema de saúde. O convívio simultâneo de uma tripla carga de doenças: infecciosas e parasitárias; doenças, agravos e mortes relacionadas à saúde reprodutiva e causas externas, além das doenças crônicas revelam a complexidade da situação de saúde do nosso país (MENDES, 2010).

Logo, para garantir a universalidade e a integralidade das ações em saúde em um país geograficamente imenso e extremamente desigual exige a reflexão e a ação dos diversos atores envolvidos como gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, professores, alunos e população. Refletir sobre a fragmentação do saber e a fragmentação do sistema de saúde não poderia ser tarefa exclusiva da profissão fisioterapia, esta tarefa parece ser de todo cidadão.

Conforme Mendes (2010, p. 2229), tal situação de saúde não poderá ser enfrentada “[...] por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada.” Assim, para o autor, um dos principais problemas gerados pela fragmentação dos sistemas de saúde é a incapacidade de se prestar uma atenção integral aos usuários, uma vez que, os serviços não se comunicam e não há responsabilização pela referência e contrarreferência dos mesmos.

Não é o caso, nem lugar, aqui, propor soluções para o sistema de saúde brasileiro, mas é importante a compreensão da tendência de evolução da situação de saúde no país que revela o aumento das condições crônicas. Além disso, as possibilidades de promover estratégias de comunicação e articulação do cuidado em saúde nos diversos níveis de acesso do usuário ao sistema de saúde parece bastante desafiador para todos.

Esta preocupação não se limita aos fisioterapeutas brasileiros, nas políticas da *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) é possível verificar a preocupação dos fisioterapeutas de todo o mundo sobre a atuação voltada às necessidades da população e à APS, em especial. No documento *Declarations of Principles* a entidade dedica um capítulo para a atuação da fisioterapia na APS:

Access to primary health care services is key to ensuring that health care/services are responsive to the needs of individuals, their carers and communities. The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) advocates for the provision of primary health care that is mindful of local cultural, socio-economic and political circumstances and provides equitable access for all to effective services. WCPT supports an approach that is flexible and innovative in providing models of service delivery that offer care/service developed in response to local needs (WCPT, 2007, p.22).

O debate sobre a fisioterapia na APS parece exigir a inovação da prática, pesquisa e participação política dos profissionais. O novo perfil epidemiológico e a nova lógica de organização do sistema de saúde sugerem, conforme Bispo Júnior (2010, p. 1627): “a reestruturação das práticas profissionais e a redefinição do campo de atuação do fisioterapeuta.”

Ainda não está bem definido o modo como essa assistência será possibilitada; predomina, porém, o entendimento de que ela pode se dar através de equipes matriciais ou de núcleos vinculados às equipes de saúde da família, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em ambas as situações, o profissional ficará responsável pelo acompanhamento das pessoas em uma determinada área de cobertura territorial, que corresponde ao um número de equipes de saúde da família. Há também, em tramitação da câmara dos deputados, um Projeto de Lei número 3.256 desde 2004 em pauta de discussão para inserção dos profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional nas equipes mínimas da Saúde da Família. Esta proposta reflete claramente o avanço do debate da atuação profissional do fisioterapeuta neste nível de atenção.

Muitas possibilidades têm sido discutidas no sentido de ampliar o debate da atuação interdisciplinar, e até mesmo, transdisciplinar na atenção à saúde que podem ser evidenciadas na Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSus. A PNH propõe justamente valorizar os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde, sendo assim, há um conjunto de políticas e diretrizes (Leis Orgânicas da Saúde, DCN, PNH, Pacto pela Saúde, Política Nacional da Atenção Básica, entre outras) que conduzem a prática profissional em saúde para a indissociabilidade da atenção e gestão, com a participação e reflexão de todos.

Dessa forma, ampliar o debate da atuação do Fisioterapeuta, com base na APS, no meio de formação do ensino superior de Fisioterapia é não só necessário, mas uma urgência.

Existem várias questões que não serão abordadas nesse trabalho, mas que certamente o são ou serão abordadas por outros pesquisadores sobre esta lacuna de publicações de experiências do serviço. Vale ressaltar, que a maioria dos trabalhos publicados se esforçam em apresentar resultados o que, muitas vezes, impossibilita de se aprofundar no método, ou melhor, no caminho trilhado para se construir uma ação.

O presente relato não pretende definir uma metodologia ou criar uma receita para o processo de implantação de estágios ou de serviços fisioterapêuticos na APS. Pretende-se apresentar um caminho ou as estratégias adotadas para iniciar uma atuação da fisioterapia numa comunidade. A complexidade e subjetividade inerentes ao processo de trabalho em saúde exigem um grande esforço teórico, mas acima de tudo, humanitário na empreitada de se implantar um novo serviço.

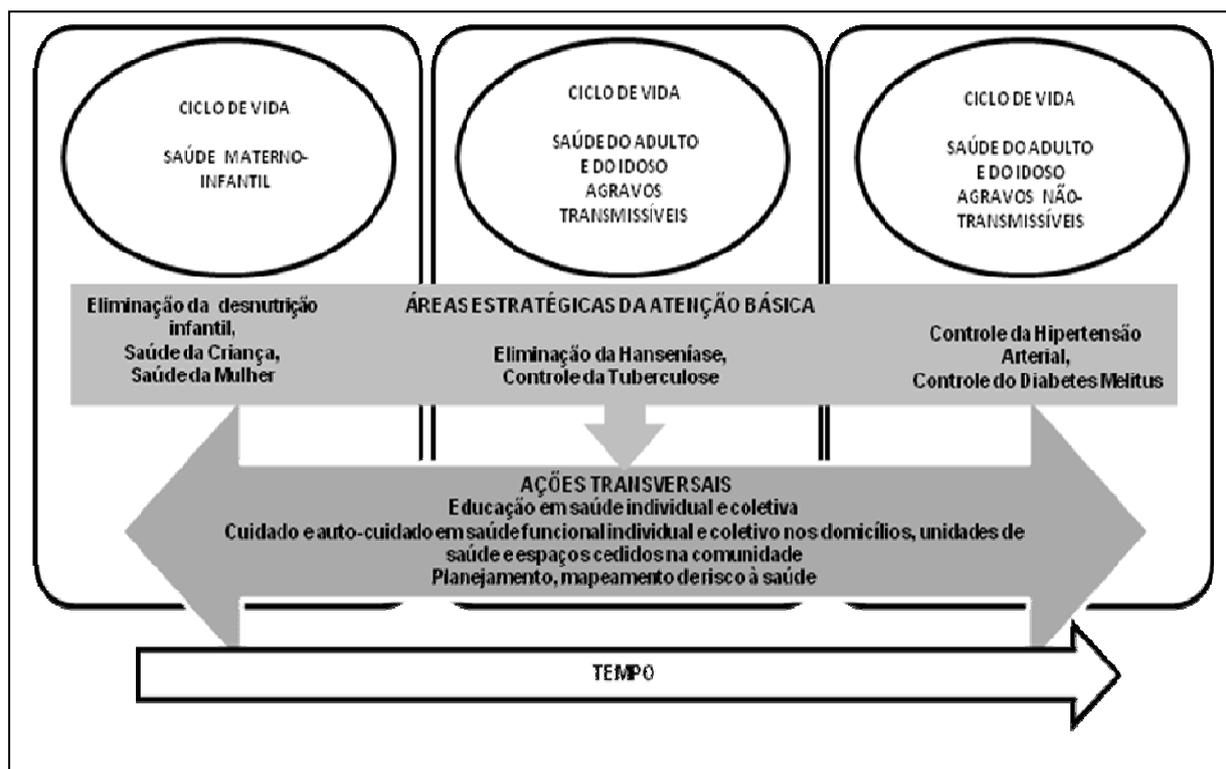
O fio condutor nesse processo de se pensar as estratégias possíveis de se implantar o estágio supervisionado de fisioterapia na atenção básica foi o próprio debate atual sobre as DCN dos cursos de fisioterapia. Para a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), o estágio, além de um conceito, representaria um compromisso ético, técnico e profissional, envolvendo todos os atores (instituições de ensino, estudantes, professores, profissionais de serviços, usuários, gestores e sociedade em geral) integrantes do processo de formação em Fisioterapia e em saúde (Araújo et al, 2010). Logo, pensar nas práticas profissionais inseridas no processo ensino-aprendizagem deveria contemplar a participação dos mais diversos atores envolvidos no processo e, não somente, oferecer uma estruturação teórico-prática construída para responder às exigências das DCN.

A proposta é uma tentativa de contribuir para o debate das questões relativas à gestão e organização do setor saúde na formação, bem como do controle social promovido (ou não), eixo estruturante do modelo de saúde nacional. Considerando também que a atenção primária à saúde é um *locus* relativamente recente na discussão da atuação fisioterapêutica, o debate aqui proposto apenas indicará os caminhos trilhados pela experiência recente de implantação de um estágio específico.

## 2- MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

O processo de implantação do estágio, a ser apresentado, buscou desenvolver ações mais participativas dos alunos bem como da comunidade a ser assistida para que esta prática seja contínua e dialogada. Para tal, foi realizada uma revisão assistemática de publicações recentes na área de Fisioterapia e APS e, em seguida, foi elaborado um planejamento com oficinas e visita a comunidade para o início das atividades.

As palavras-chave utilizadas na revisão deste tema foram: fisioterapia na atenção primária à saúde; fisioterapia na atenção básica; fisioterapia no PSF; estágio supervisionado em fisioterapia; fisioterapia na comunidade. As bases de dados pesquisadas foram: biblioteca virtual em saúde – BVS; SciELO, LILACS; Bireme; Google Acadêmico, documentos oficiais das entidades representativas da profissão e contatos diretos com colegas envolvidos na APS. A partir da revisão de literatura foi gerado a Figura 1 que contempla a síntese das características do cuidado fisioterapêutico na APS e sua relação com as áreas estratégicas da Política Nacional da Atenção Básica.

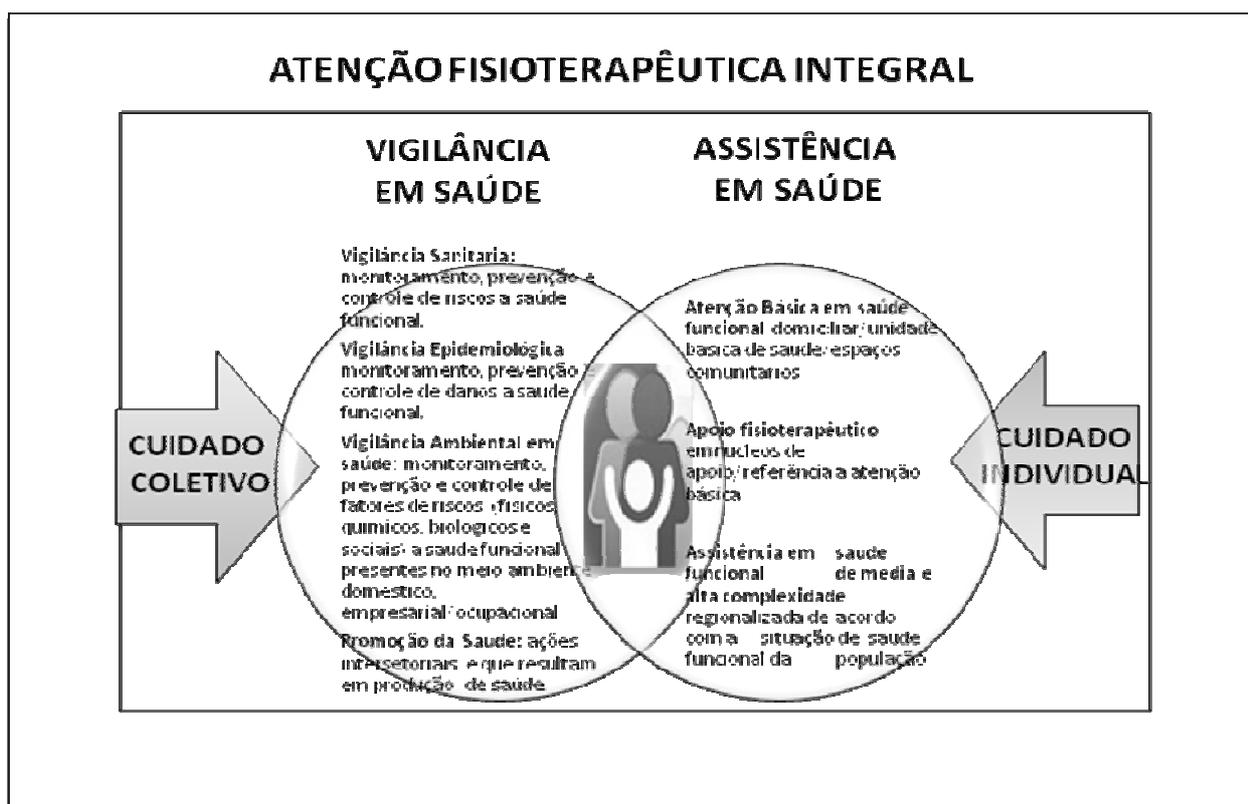


**Figura 1.** Características principais do cuidado fisioterapêutico na APS e sua relação com as áreas estratégicas da Política Nacional da Atenção Básica, baseadas na revisão bibliográfica, 2011.

As publicações da área de fisioterapia em APS encontradas parecem tratar, na maioria, de experiências universitárias o que traduz a ainda incipiente produção científica de experiências em serviços de saúde públicos e privados sobre a fisioterapia no primeiro nível de atenção. Fato que corrobora com os achados de Portes *et al.* (2011).

A opção por utilizar aqui o termo cuidado fisioterapêutico se deu por representar um sentido mais amplo da prática profissional e, portanto, mais integral conforme Piccinini: [...] a noção de cuidado não está relacionada a um nível de atenção do sistema de saúde ou de como um procedimento técnico é simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser (PICCININI, 2010, p. 62).

Nesta direção, foi possível identificar, nas publicações selecionadas, características de ações integrais e centradas nas pessoas em seus ambientes familiares como: exemplos de atuação interdisciplinar, visitas e atendimentos domiciliares multiprofissionais, ações semelhantes de abordagem individual e coletiva. As ações também buscavam abordar as situações epidemiológicas mais prevalentes como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, além da atuação sobre os ciclos de vida: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso (DELAÍ e WISNIEWSKI, 2011; PORTES *et al.*, 2011; BISPO JÚNIOR, 2010; LOURES e SILVA, 2010; FREITAS, 2009; REZENDE *et al.*, 2009; RODRIGUES, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2007; REZENDE, 2007; GAIAD e SANT'ANA, 2005; RIBEIRO, 2001; COPETTI, 2000). A Figura 2 a seguir busca traduzir as possibilidades levantadas do cuidado fisioterapêutico individual e coletivo para uma atenção mais integral em saúde:



**Figura 2.** Atenção fisioterapêutica integral com ênfase no cuidado coletivo.

A estratégia de inserção dos acadêmicos do curso de fisioterapia aliada à iniciação científica nesse cenário apoiou-se nas orientações conceituais apresentadas, no contexto do estágio supervisionado de fisioterapia integrado as ações do Projeto Universidade-Bairro do ISECENSA, realizado na Vila Tamarindo, no qual são realizadas ações de projetos de outros cursos existentes (administração, arquitetura, educação física, enfermagem, engenharias de produção, pedagogia e psicologia).

O referencial teórico foi apoiado nos artigos e livros mais especificamente relacionados às aplicações práticas do planejamento em serviços de saúde. As palavras-chave utilizadas na pesquisa bibliográfica foram: planejamento em saúde; planejamento estratégico em saúde; planejamento em sistemas locais de saúde. Optou-se pela seleção: de um artigo principal sobre a aplicação do planejamento estratégico situacional em nível local (ARTMANN, 2000), pelo capítulo sobre o tema do livro *Agir em saúde: um desafio para o público* (CECÍLIO, 2002) e pelo livro *Planificación de Situaciones* de Carlos Matus (1980).

O Planejamento Situacional (PS) se destaca como resultado das experiências de Carlos Matus como ministro de planejamento do então Presidente Allende, no Chile. Após a queda desse governo, Matus constrói o corpo teórico dessa metodologia que tem como núcleo central de análise, a situação. O PS que emerge como uma crítica ao Planejamento Estratégico Tradicional aborda o mundo real pelo viés da subjetividade, dando ênfase às percepções dos envolvidos na situação. Conforme Matus (1991), a situação sob análise como um jogo social, deve ser entendida como um processo de interação entre os atores, no qual cada um deles o interpreta de acordo com o seu mundo subjetivo, por meio da chamada explicação situacional. Foi concebido para auxiliar os dirigentes de empresas públicas, sendo também aplicável a qualquer órgão cujo "centro do jogo" não seja exclusivamente o mercado, mas o jogo político, econômico e social.

O conceito de Planejamento Situacional (PS) de Matus (1980), ainda que não tenha sido aprofundado e aplicado em sua totalidade, alicerçou a reflexão da trajetória desse estudo. Para o autor o planejamento ou a planificação é necessariamente um cálculo situacional complexo, que deverá estar estritamente ligado à ação no presente. Portanto, o planejamento seria uma forma de organização para a ação. Trata-se de ação voltada para resolução de problemas específicos compreendidos pelos atores principais envolvidos na situação no presente. Todavia, decidir racionalmente no presente requer sinais direcionais para o futuro, em constante transformação, o que exige um processo contínuo de aprendizagem.

O ponto chave para Matus consiste em perceber que o planejamento é o resultado de uma mediação entre o conhecimento e a ação, cuja teoria e métodos apontam para *acumular conhecimentos* antes de agir, identificando e selecionando os problemas, explicando-os situacionalmente e elaborando planos de contingência e análise estratégica. Antes de explicar um problema é indispensável definir seu conteúdo, não confundindo "problema" com um simples "mal-estar". A diferença entre problema e mal-estar está na sua descrição. Mal-estar é algo sujeito a inúmeras interpretações para os atores sociais envolvidos. Isso implica ambiguidade, pela qual ficamos expostos ao risco de ter de explicar três ou quatro problemas diferentes, imaginando que se trate de um só.

O autor destaca o constante processo de aprendizagem durante todo o processo de planejamento e adota a noção 'momento' e não de etapas para explicar os métodos a serem utilizados. Os momentos para Matus é um constante fazer, uma permanente explicação que se organiza em quatro momentos: o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional.

Seguindo essa lógica, buscou-se, inicialmente, identificar os principais problemas a serem enfrentados na comunidade e descartar outros, selecionando os problemas específicos que a fisioterapia poderia intervir ou auxiliar na sua resolução. Para isso foi preciso organizar as informações disponíveis sobre a situação, reunir-se com representantes da comunidade e tentar caracterizar o problema de vários pontos de vista. Esse exercício procurou reunir elementos para decisão de quais, por sua importância e pela maior governabilidade, seriam os problemas a ser priorizados. Estas primeiras ações corresponderiam ao momento explicativo de Matus.

Para explicar as causas dos problemas o autor sugere a utilização de fluxograma situacional que aborda as causas em três níveis: o nível I (dos fluxos de produção), o nível II (das acumulações sociais) e o nível III (das regras básicas do sistema). Devido a complexidade da análise proposta pelo autor, optou-se por buscar uma forma mais simplificada de explicar as causas dos problemas. Para tal, foi utilizado o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOOP, em alemão) que oferece um instrumento mais prático e menos rigoroso que o adotado pelo PS e frequentemente na identificação dos problemas.

O ZOOP propõe a organização dos problemas a partir de uma ‘árvore de problemas’ cujas ‘raízes’ representariam as possíveis causas dos problemas e, os ‘galhos’, seriam as possíveis consequências dos mesmos (CECÍLIO, 2002).

Os problemas foram primeiramente identificados a partir dos achados do censo realizado pelo curso de Administração na comunidade em junho de 2009, que levantou as principais características demográficas e socioeconômicas a serem apresentadas na seção seguinte.

## 2- RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características socioeconômicas, demográficas e de acesso a serviços públicos foram primeiramente identificados a partir dos achados do censo realizado pelo curso de Administração na comunidade em junho de 2009.

O levantamento censitário foi desenvolvido pelos alunos da disciplina Desenvolvimento de Pessoal e Gestão de Carreira I do curso de Administração com o objetivo principal de produzir um diagnóstico socioeconômico da comunidade. Para a aplicação dos questionários foi realizada uma capacitação para 10 graduandos (do curso de Administração) que aplicaram questionários no universo total de 47 residências da Vila (CARMO *et al.*, 2009). Além das variáveis socioeconômicas outras questões foram abordadas pelo censo, como: acesso a serviços de fisioterapia, presença de deficiências físicas e doenças prevalentes.

A perspectiva de se trabalhar com problemas concretos como: o desemprego, a renda insuficiente, as dificuldades de aprendizagem, a inexistência de equipamentos sociais, o desânimo coletivo, as separações e abandonos nas famílias, os atos ilícitos, entre outros, baseou-se no caráter social de produção da doença. Conforme Picininni (2010), caso a ação não trabalhe sobre problemas concretos, a ação não interromperá o fluxo de produção da doença.

A comunidade que é sede das ações do Projeto Universidade-Bairro é conhecida como Vila Tamarindo. Situada à rua Tenente Coronel Cardoso no centro da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ, a vila se localiza a poucos metros da IES. Na década de 1950, o local já contava com alguns moradores e era denominada Favela do Tamarindo.

De acordo com o estudo realizado pelo curso de Arquitetura da IES, desde seu surgimento as condições construtivas eram precárias, tanto em relação às habitações como à infra-estrutura. Em 1982, o local não dispunha de energia elétrica e de rede de água. A água era obtida por meio de bombas que a retiravam do solo nos terrenos dos próprios barracos, como também pela existência de uma bica pública de água localizada na entrada do terreno. Neste período, a ocupação contava com cerca de vinte famílias, mas anos antes mais de trezentos barracos foram demolidos para dar lugar a dois prédios de apartamentos (FOLHA DA MANHÃ, 1982 apud ARAÚJO e JACYNTHO, 2010).

Conforme boletim do Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense a antiga Favela do Tamarindo, desde o censo de 1991 não era mais considerada favela por não possuir, segundo o critério do IBGE, mais do que 50 domicílios. No entanto, não é por ser um núcleo menor que a Vila Tamarindo não contenha características socioeconômicas de uma comunidade de tal tipo (CARMO *et al.*, 2009).

Os dados censitários da comunidade: perfil sócio-econômico, distribuição da população por gênero e faixa-etária, infra-estrutura, acesso a serviços e bens públicos propiciaram uma primeira aproximação do território e serão apresentados nas tabelas a seguir:

**Tabela 1.** Distribuição da Faixa Etária correspondente às idades escolares e Escolaridade por gênero, Vila Tamarindo, 2009.

Características	Masculino		Feminino		Total	
	N(68)	%	N(72)	%	N(140)	%
<b>Faixa Etária</b>						
Sub-total infância	21	30,9	21	29,2	42	30,0
Sub-total adolescência	11	16,2	12	16,7	23	16,4
Sub-total adulto jovem	10	14,7	6	8,3	16	11,4
Sub-total adulto	19	27,9	28	38,9	47	33,6
50 ou mais	7	10,3	5	6,9	12	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>						
Creche	7	10,3	3	4,2	10	7,1
Não sabe ler	8	11,8	5	6,9	12	9,3
Fund.I Incompleto 4 <sup>a</sup>	24	35,3	23	31,9	47	33,6
Fund. Incompleto 5 <sup>a</sup>	13	19,1	13	18,1	26	18,6
Fundamental Completo	4	5,9	5	6,9	9	6,4
Médio Incompleto	7	10,3	8	11,1	15	10,7
Médio Completo	3	4,4	11	15,3	14	10,0
Superior Incompleto	2	2,9	3	4,2	5	3,6
Superior Completo	0	0,0	1	1,4	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Censo Vila Tamarindo elaborado pelo Curso de Administração/Isecensa, 2009.

Do total de 140 moradores, 72 (51%) eram do sexo feminino e 68 (49%) do sexo masculino, demonstrando certo equilíbrio entre homens e mulheres residentes na localidade na ocasião da realização do censo. A população é predominantemente jovem sendo a faixa etária de 31 a 40 anos a maior em número absoluto de pessoas seguida da faixa dos 7 aos 10 anos. Porém, ao agrupar as faixas etárias de crianças e adolescentes (0 a 17 anos) totalizam-se 65 pessoas (46,4%), ou seja, quase metade da população residente. Além do predomínio de crianças e adolescentes, e conforme as primeiras interpretações dos dados do Censo realizado, observou-se a baixa escolaridade em ambos os sexos em números absolutos muito próximos (quase metade apresentava apenas o ensino fundamental incompleto).

Apesar dos indicadores, de sexo, idade e escolaridade pareçam sinalizar a necessidade da oferta de equipamentos sociais (seja pelo Estado, seja por outros atores sociais) a localidade não disponibilizava nenhum tipo de apoio educacional, de esporte, lazer ou de saúde, somente havia uma praça em precárias condições de uso, bem na entrada na Vila.

O cenário anterior atrelado a outras características socioeconômicas como: baixa renda com 60% dos entrevistados com renda até 1 salário mínimo; ocupação profissional irregular do tipo “biscate” (52%) e taxa acima de 50% de participação em programas de transferência de renda parecem contribuir com o histórico de violência da localidade (abandono familiar, tráfico de drogas, entre outras formas de violência):

**Tabela 2.** Distribuição dos participantes quanto à ocupação do responsável pelo domicílio, renda e participação em programas de transferência de renda, Vila Tamarindo, 2009.

Variável	N	%
<b>Ocupação</b>		
Do lar	2	6
Empregado(a) doméstico(a)	4	11
Funcionário de loja/fábrica	1	3
Prestação de serviços (biscate)	18	52
Desempregado	5	14
Outro	5	14
<b>Renda</b>		
Até 01 salário mínimo	21	60
De 01 a 03 salários mínimos	12	34
De 03 a 05 salários mínimos	2	6
<b>Transferência de renda</b>		
Benefício Prestação Continuada	0	0
Bolsa Família/	11	47,8
Cartão alimentação	11	47,8
Peti (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil)	1	4,4

Fonte: Censo Vila Tamarindo elaborado pelo Curso de Administração/Isecensa, 2009.

De acordo com a sugestão mencionada pelo Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense referido anteriormente, a Vila Tamarindo como núcleo menor e com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, pode vir a elevar seu IDH se forem tomados dois princípios como base de um trabalho de responsabilidade social: primeiro, envolver uma equipe profissional multidisciplinar para desenvolver múltiplos projetos com o fim de resgatar a auto-estima e cidadania dos moradores; e segundo, envolver a participação da mão de obra existente na Vila para as reformas necessárias (CARMO *et al.*, 2009).

O desafio imposto parece também comungar com as idéias dos Projetos Terapêuticos Transdisciplinares (BRASIL, 2004) propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) e exige conhecimentos mais amplos e críticos da realidade social. As propostas deverão ultrapassar as ações clínico-assistenciais suscitando a necessidade de novas formas de agir na saúde individual e coletiva. O cuidado em saúde baseado: na clínica ampliada, acolhimento, escuta qualificada, responsabilização e compromisso mútuos, não é tarefa fácil de ensinar e de se executar.

A percepção inicial do campo de intervenção apresentada se desdobrou no momento seguinte, referente ao desenvolvimento de duas oficinas de Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado com os estagiários e bolsista da iniciação científica. A primeira oficina de PES foi realizada em agosto de 2009. O supervisor de estágio foi o condutor e os alunos foram divididos em grupos. Os achados do censo foram distribuídos em tarjetas de papel para serem organizados num painel que representava a 'árvore de problemas'. A segunda oficina destinou-se a classificar os problemas, de forma simplificada, quanto à: governabilidade (controle total, parcial ou sem controle) e abrangência (nacional, municipal, local, específico).

Os alunos também desenvolveram uma lista de situações a serem verificadas in loco: barreiras geográficas e de acesso às casas e suas dependências; situações de pessoas restritas ao domicílio; presença de espaços comuns ou outros que pudessem ser cedidos pela comunidade; identificação de lideranças. Cada grupo de 04 alunos, nesse segundo semestre em questão havia 16 alunos matriculados no estágio, ficou responsável por 12 famílias.

A tentativa de territorializar a área de intervenção foi facilitada por uma representação gráfica da comunidade desenvolvida pelo curso de arquitetura. Neste primeira planta baixa da disposição dos domicílios, os alunos foram estimulados a identificar possíveis fatores de risco associando-os com o uso de alfinetes coloridos por tipo de fator de risco. A territorialização foi realizada para favorecer o vínculo dos alunos com as famílias e organização das futuras visitas domiciliares.

Após as reflexões com a equipe que iria atuar no local, em outubro de 2009, foi realizada a primeira reunião com os representantes da comunidade em espaços cedidos pelos moradores e os mesmos foram estimulados a expor o que consideravam "problema" e o que consideravam "solução". Este momento, também possibilitou a apresentação dos alunos e escuta dos moradores quanto à adesão e apoio às atividades do estágio.

A partir da escuta dos moradores, o conteúdo inicial pactuado com a comunidade baseou-se nos seguintes blocos de conteúdo: A. vivências motoras diversificadas em grupo; B. atividades individualizadas dos casos agudos; C. visitas domiciliares. Identificou-se também que as principais ações estratégicas a serem realizadas seriam na saúde da criança e da mulher, prioritariamente, devido o grande número de crianças e mulheres na comunidade. Esta percepção favoreceu a construção coletiva de um plano de atividades possíveis e a sequência de operações necessárias para a implantação do estágio.

Cada família visitada foi convidada a participar voluntariamente da pesquisa através de convite impresso, entregue pessoalmente pelos acadêmicos envolvidos. Foi agendada a aplicação do questionário em dia e horário combinado com o membro da família, para compor o primeiro momento explicativo do PS. Este momento trata de compreender a realidade, identificando os problemas que os atores sociais declaram, começa com a enumeração e seleção dos problemas, a análise do macroproblema, a identificação dos atores relevantes e termina com a explicação sistêmica de cada problema.

Os instrumentos foram aplicados pelos alunos envolvidos no estágio (acadêmicos do oitavo período de fisioterapia) e pelo aluno bolsista, sob a supervisão do pesquisador responsável, todos foram envolvidos com o processo de construção dos indicadores utilizados e orientados quanto à entrada no campo de pesquisa e confidencialidade das informações. Os acadêmicos foram orientados quanto ao preenchimento dos questionários, durante as oficinas de Planejamento.

Esse instrumento é composto pela identificação do usuário, história psicossocial, condições de moradia e de saneamento, familiograma com diagrama das relações familiares, história do adoecer, inventário dos dados da família e do indivíduo, objetivos a curto e médio prazos, ações propostas com definição dos responsáveis, início e término das ações, indicadores e periodicidade da avaliação, bem como resultados alcançados.

O segundo momento, o normativo, caracterizou-se pelo desenvolvimento das primeiras operações/ações necessárias para enfrentar os principais problemas. Nesta etapa professor e alunos envolvidos desenvolveram um plano simplificado com as principais ações, prazos e indicadores de acompanhamento (optou-se pelo uso da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade da Organização Mundial de Saúde, 2003).

O terceiro momento foi o estratégico, que corresponde a análise de viabilidade do plano significando o reconhecimento preliminar das possíveis resistências e/ou ganhar a colaboração de outros atores. Realizou-se, neste momento, uma reunião com os representantes da comunidade para apresentação do plano e escuta dos moradores quanto à adesão e apoio ao mesmo.

O quarto e último momento refere-se ao tático-operacional ou gestão do plano propriamente dito. Esta etapa tem a finalidade principal de designar o responsável pelas operações desenvolvidas no plano, bem como a de estabelecer um prazo inicial para o seu cumprimento, realizada imediatamente após a reunião acima citada.. Assim, de uma maneira geral, identificou-se que as principais ações estratégicas a serem realizadas seriam na saúde da criança e da mulher, prioritariamente, devido o grande número de crianças e mulheres na comunidade. Realizamos os primeiros grupos terapêuticos com as crianças da comunidade, visando ações de educação para a saúde.

Como este processo de planejamento é cíclico e ocorre simultaneamente às ações, após as atividades terem início, realizadas em dez horas semanais, os momentos do PS foram retomados a cada avaliação mensal das atividades.

A princípio, o projeto visou atender o número total de famílias residentes que, até o momento, somam 47 famílias, totalizando em torno de 200 moradores. No entanto, devido à ausência de muitos moradores no domicílio durante o dia e horário da presença da equipe, priorizou-se atender às crianças e mulheres presentes na comunidade nos horários disponíveis para os estagiários.

Dessa forma, tal empreendimento incluiu ao sistema estágio do curso de fisioterapia, ao colaborar e incentivar a comunidade no exercício de direito de à saúde, a dimensão das políticas sociais num processo em que a relação estágio-comunidade não só proporciona benefícios mútuos, mas principalmente empoderam moradores e estagiários por meio das experiências face a face do exercício da cidadania.

Assim, considerando a dimensão da promoção das políticas sociais dentro da comunidade, como fator de empoderamento dos atores (moradores e estagiários) o conteúdo inicial pactuado com a comunidade, baseou-se nos seguintes blocos de conteúdo: A. vivências motoras diversificadas em grupo; B. atividades individualizadas dos casos agudos; C. visitas domiciliares. O processo de implantação do estágio contou, portanto, com três fases, a saber: a primeira fase foi destinada ao estudo descritivo-exploratório sobre o território de intervenção do estágio; a segunda fase tratou do desenvolvimento de oficinas de planejamento estratégico situacional simplificado; e a terceira fase, de execução do plano de ação. ter como temática um olhar para construção de políticas sociais, como este profissional, no campo, poderia contribuir efetivamente para promoção de políticas sociais dentro da comunidade estudada

### 3- CONCLUSÃO

A elaboração deste artigo foi produto do esforço de transformar as idéias delineadas no projeto de iniciação científica em um material concreto de trabalho no dia a dia da prática de supervisão do estágio. Embora o estudo apresente somente a estrutura básica do processo de implantação do estágio sem aprofundar nas características de saúde da comunidade envolvida, ficou notório os estudantes e professores envolvidos, a importância de se refletir as ações neste nível de atenção à saúde.

A intenção do estudo foi promover o primeiro de muitos estudos que serão desdobrados a partir desta primeira análise. A associação de instrumentos metodológicos envolvendo a atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde e daqueles relacionados ao planejamento contribuíram para alcançar o objetivo deste estudo. O estudo também pretendeu provocar outras questões que possam desdobrar na inovação do cuidado fisioterapêutico. Faz-se necessário tentar, ousar estratégias e intervenções, criar novas possibilidades na perspectiva de se construir uma saúde mais humana e resolutiva.

A possibilidade de inserção dos alunos do curso de fisioterapia no planejamento e na execução das ações na atenção primária poderá trazer novos elementos para o debate da atuação fisioterapêutica. Repensar a prática profissional bem como repensar as estratégias de aproximação do ensino e, principalmente, do aluno às necessidades da população, é um desafio a ser enfrentados por todos.

A promoção desse novo espaço multidisciplinar de interação e de integração, cheio de possibilidades, permitiu elaborar as primeiras estratégias de implantação do estágio a partir do referencial teórico demarcado. Dessa forma, novos e importantes desafios se apresentam no campo das políticas sociais. Além de enxergar os problemas numa dimensão relacional, mais ampla e complexa, torna-se evidente que as tecnologias estruturadas dentro dos limites disciplinares são inadequadas ou incompletas para lidar com tais problemas. O compartilhamento de conhecimento, responsabilidade e poder passa a ser apontado por diversos autores como questões-chave para obtenção de êxito no processo destas políticas.

### 4- REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R.S; Jacyntho, T.I. Aspectos de qualidade e habitabilidade na comunidade Tamarindo. *In: Revista Perspectivas online*, Campos dos Goytacazes, v. 4, n.16, p. 67-79, 2010.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *In: Cadernos da Oficina Social*, Rio de Janeiro, fev, v.3, p. 98-118, 2000.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas possibilidades. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Supl. 1): 1627-1636, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. *In: Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília, 2004. 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. *In: Série Pactos pela Saúde*, Brasília, vol. 4, 2006. 60 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5(1):163-177, 2000.

CARMO, Gerson Tavares do ; PESSANHA, Ellen P.V. ; ROMÃO, Jane M.C.S. . Vila Tamarindo: censo socioeconômico. In: *III Congresso Internacional do Conhecimento Científico*, 2009, Campos dos Goytacazes. Anais do III Congresso Internacional do Conhecimento Científico, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental, p. 151-167. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. Hucitec e Lugar Editorial, São Paulo e Buenos Aires. 2 ed. 2002.

COPETTI, Solange Maria Bertol: Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. In: *Revista in pauta*, Pato Branco, vol 04, 2000.

DELAI, Kéllin Daneluz; WISNIEWSKI, Miriam Salet Wilk. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(Supl. 1):1515-1523, 2011.

FREITAS, M. S. A Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica: Ressignificando a prática profissional. In: *Perspectivas online*, Campos dos Goytacazes, v. 3, n. 11, p. 69-72, 2009.

GAIAD, T.P; Sant´Ana, D.M.G. Análise da eficácia do estágio supervisionado em fisioterapia na formação profissional: uma visão do egresso. In: *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v.9, n.2: 65-70, mai/ago, 2005.

LOURES, Lilianny Fontes; SILVA, Maria Cecília de Souza. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, July 2010.

MATUS, Carlos. *Planificación de Situaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.

MENDES, Eugênio Villaça. As redes de atenção à saúde. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305.

PICCININI, Aline Martinelli. *Cuidado em Fisioterapia: cartografia de usuários do sistema único de saúde no município de Porto Alegre/RS*. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, 2010.

PORTES, Leonardo Henriques; CALDAS, Maria Alice Junqueira; PAULA, Leandro Talma de; FREITAS, Marcos Souza. In: *Revista APS*; 2011; jan/mar; 14(1); 111-119.

REZENDE, M; MOREIRA, M.R; FILHO, A.A; TAVARES, M.F.L. A equipe Multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva* , Rio de Janeiro, vol.14, suplement. 1, p. 1403-1410, 2009.

REZENDE, Monica. *Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família em Macaé/RJ: A Contribuição Deste Profissional Para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde das Equipes. Um Estudo de Caso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz / FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP, 2007.

RIBEIRO, K.S.Q.S; NETO, M.J.A.; ARANGIO, M.G.; MARTINS, T.N.T. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. In: *Revista APS*, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 156-168, jul./dez. 2007.

RIBEIRO, Kátia S. Q. Silva. *Fisioterapia na Comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária*. Dissertação (Mestrado em Educação). João Pessoa: UFPB, 2001.

RODRIGUES, Raquel M. A Fisioterapia no Contexto da Política de Saúde no Brasil: Aproximações e Desafios. *In: Revista Perspectiva online*, Campos dos Goytacazes, vol. 2, n.8, 2008.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Declarations of Principles. 2007.