

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo com aplicação de questionário construído especificamente para mensurar o grau de conhecimento dos membros das ESF e identificar as atitudes desses profissionais em relação a aspectos ligados à atuação profissional do fisioterapeuta, em especial na atenção básica.

#### 3.2. População em Estudo

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foram os profissionais que trabalham no PSF, portanto os membros das Equipes mínimas de Saúde da Família, ligadas ao Centro de Saúde Escola, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), e à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

<b>Unidade de Saúde da Família</b>	<b>Número de Equipes</b>	<b>Número de Profissionais</b>
<b>Distrito Central</b>		
Núcleo de Saúde da Família II	01	08
<b>Distrito Norte</b>		
BAC Heitor Rigon	02	11
Unidade Marincek	01	08
<b>Distrito Oeste</b>		
Núcleo de Saúde da Família I	01	09
Núcleo de Saúde da Família III	01	09
Núcleo de Saúde da Família IV	01	09
Núcleo de Saúde da Família V	01	09
Unidade Maria Casagrande Lopes	02	19
Unidade D. Mielle	02	13
Unidade Vila Recreio	01	09
Unidade Jardim Presidente Dutra	01	10
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>114</b>

**Quadro 1 - Distribuição das unidades e profissionais de Saúde da Família por distrito da cidade, Ribeirão Preto - SP, 2004.**

O número inicial de profissionais, que seriam entrevistados, consistiu de 114 membros das Equipes Mínimas de Saúde da Família, das catorze Unidades de Saúde da Família de Ribeirão Preto. Porém, conforme será detalhado nos resultados, apenas 109 profissionais participaram do estudo (Quadro 1).

Esses foram questionados a respeito da atuação do fisioterapeuta, especialmente no que diz respeito ao primeiro nível de atenção.

### **3.3. Variáveis envolvidas no estudo.**

As variáveis selecionadas para o estudo foram aquelas que poderiam não só caracterizar o profissional membro da ESF, mas também avaliar seu grau de conhecimento e identificar suas atitudes em relação às atividades relacionadas ao núcleo de atuação do fisioterapeuta. Duas questões nortearam esse estudo:

- Existiria relação entre o grau de conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta e as características pessoais e profissionais dos membros das ESF?
- Existiria relação entre suas atitudes em relação à atuação do fisioterapeuta e essas mesmas características?

#### **3.3.1. Variáveis dependentes**

Designamos duas variáveis dependentes para o estudo: o grau de conhecimento e as atitudes em relação à atuação do fisioterapeuta.

##### **A. Conhecimento**

Para avaliar o grau de conhecimento dos profissionais que atuam nas equipes mínimas de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto (SP) foi construído um conjunto de 25 variáveis, que foram reagrupadas em quatro variáveis, abordando-se aspectos da atuação profissional do fisioterapeuta, tais como o que determina a legislação (Conhecimento I), a abrangência e visão popular da profissão (Conhecimento II) e as possibilidades de atuação (Conhecimento III). Além de uma quarta variável (Conhecimento Geral) obtida a partir da soma dos escores das três anteriores. Estas variáveis estão operacionalizadas na seção C do questionário

(Anexo I). A seguir, são apresentadas as definições das variáveis:

### **1) Conhecimento I - Aspectos legais da profissão**

No Conhecimento I abordou-se os aspectos legais do exercício da fisioterapia no Brasil, utilizando-se as variáveis detalhadas a seguir:

#### **a) Conhecimento ou não da profissão do fisioterapeuta como sendo de nível superior:**

O curso de fisioterapia é considerado de nível superior desde a década de 1960, como legislação citada anteriormente. O campo assistencial da fisioterapia é considerado de alto grau de complexidade, portanto, não há autorização legal para o exercício da profissão com formação de nível médio. O indivíduo que atuar dessa forma está sujeito a processo penal por exercício ilegal da profissão.

#### **b) Conhecimento ou não da fisioterapia como atividade privativa do fisioterapeuta:**

O art. 3º do Decreto-Lei 938/69 estabeleceu que a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas é atividade privativa do fisioterapeuta. Com esse instrumento, ficaram proibidas a utilização dos métodos e técnicas próprias do fisioterapeuta por outros profissionais independente da atividade realizada, seja para a recuperação, prevenção ou promoção da saúde.

#### **c) Conhecimento ou não da autonomia profissional do fisioterapeuta:**

O Decreto-Lei 938/69 situou o fisioterapeuta como profissional liberal, isto é, um profissional que não está sob as ordens ou dependência técnica de outro, ou quando está, age com liberdade determinada pela natureza intelectual da função (LARROUSE CULTURAL, 1992).

#### **d) Conhecimento ou não da possibilidade de realizar atos cirúrgicos e prescrever medicamentos:**

O art. 8º, parágrafo IV, do Código de Ética Profissional (Res. COFFITO-10), determinou que é proibido ao fisioterapeuta prescrever medicamento ou praticar

ato cirúrgico.

## **2) Conhecimento II - Abrangência da atuação do fisioterapeuta e visão popular**

Conceituou-se a variável conhecimento II como aquele referente ao nível de conhecimento em relação a abrangência da profissão do fisioterapeuta, incluindo a interferência da visão popular nesse aspecto. As variáveis utilizadas foram as seguintes:

### **a) Conhecimento ou não sobre a restrição à atuação na reabilitação, sobre a possibilidade de atuar na prevenção e promoção da saúde e sobre a possibilidade de inserção no PSF:**

Conforme demonstrado na introdução, apesar da origem da profissão ter sido voltada para atividades recuperativas e reabilitadoras, há muito que o profissional deixou de ficar restrito a esse nível de atenção. Hoje as possibilidades de atuação do fisioterapeuta são amplas, incluindo a prevenção e promoção, além de ser possível desenvolver essas atividades junto ao PSF, como já ocorre em algumas cidades do Brasil.

### **b) Conhecimento ou não sobre a restrição ao atendimento de pacientes acamados no PSF:**

Em relação ao atendimento de acamados, a assistência domiciliar a pessoas restritas ao leito é um papel que o fisioterapeuta deve continuar exercendo, inclusive para que possa orientar a família quanto aos cuidados, porém a atuação do profissional no PSF deve ser o mais ampla possível, atuando de forma integral na assistência à saúde da comunidade.

### **c) Conhecimento ou não sobre a massagem como principal recurso terapêutico:**

Foram selecionadas duas variáveis para avaliar se os profissionais das ESF têm visão semelhante ao que geralmente é apresentado pela população, em relação à atuação profissional do fisioterapeuta. A primeira é que o fisioterapeuta faz massagem, em alguns casos o profissional chega a ser confundido com o massagista. Na realidade, recursos manuais fazem parte do arsenal terapêutico do profissional,

porém, não é o principal recurso, além de ser bem diferente da massagem que no geral é realizada por pessoas leigas.

**d) Conhecimento ou não da fisioterapia esportiva como principal área de atuação:**

De uns anos para cá, a exposição da profissão na mídia praticamente esteve voltada para atuação na área esportiva. Casos como a recuperação, principalmente, de jogadores de futebol e de outros atletas famosos, puderam ser acompanhados pela mídia, demonstrando a evolução do tratamento fisioterapêutico, tornando célebres os profissionais que os atendiam. Portanto, incluiu-se no estudo uma variável que avaliava a visão dos profissionais em relação a fisioterapia esportiva como principal área de atuação.

**3) Conhecimento III - Possibilidades de atuação do fisioterapeuta junto à população no PSF**

A variável Conhecimento III foi classificada de acordo com a pontuação alcançada pelo entrevistado nas afirmativas que se referiam as possibilidades diversas de atuação do fisioterapeuta, especialmente no campo da promoção e prevenção a saúde. Foram utilizadas as seguintes variáveis:

- a) Conhecimento ou não sobre a atuação em indivíduos hipertensos e diabéticos.**
- b) Conhecimento ou não sobre a atuação nos cuidados com postura corporal.**
- c) Conhecimento ou não da atuação na saúde dos estudantes.**
- d) Conhecimento ou não sobre a atuação junto a gestantes.**
- e) Conhecimento ou não sobre a atuação nos acidentes de trabalho.**
- f) Conhecimento ou não sobre a atuação em indivíduos com asma.**
- g) Conhecimento ou não sobre a atuação voltada ao Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor (DNPM) normal**
- h) Conhecimento ou não sobre a atuação no cuidado em deficiências físicas.**
- i) Conhecimento ou não sobre a atuação em indivíduos com hanseníase.**
- j) Conhecimento ou não sobre os benefícios da atuação do fisioterapeuta,**

**incluindo a redução de internações hospitalares.**

- l) Conhecimento ou não sobre a possibilidade do fisioterapeuta atua no NSF realizando palestra sobre cuidados com a saúde:** assim como qualquer outro profissional da área da saúde.

#### **4) Conhecimento Geral**

O grau de conhecimento geral dos profissionais das ESF foi estabelecido de acordo com a soma dos escores das variáveis conhecimento I, conhecimento II e conhecimento III, com pesos iguais. A somatória final mediu o conhecimento geral dos entrevistados sobre a atuação do fisioterapeuta.

#### **B. Atitudes**

A outra variável dependente utilizada neste estudo foram as atitudes dos membros das ESF em relação à atuação do fisioterapeuta. Essas podem indicar um comportamento de aceitação ou rejeição em relação ao objeto e incluíram um conjunto de variáveis expressas através de afirmações utilizando uma escala tipo Likert, com afirmações que variam de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito).

A escala de Likert baseia-se na de Thurstone, porém sua elaboração é mais simples. Tem o caráter ordinal, portanto, não mede o quanto uma atitude é mais ou menos favorável. A escala deste estudo, de acordo com recomendações de Gil (1999), foi construída seguindo os passos abaixo:

- a) Recolheu-se um grande número de enunciados que manifestavam atitudes acerca do problema a ser estudado.
- b) Pediu-se às pessoas que se manifestassem sobre cada um dos enunciados, segundo a graduação: concordo muito, concordo um pouco, indeciso, discordo um pouco e discordo muito.
- c) Procedeu-se a avaliação dos vários itens, de modo que uma resposta que indicava atitude mais favorável recebeu o valor mais alto e a menos favorável o mais baixo.
- d) Calculou-se o resultado total de cada indivíduo.

- e) Analisaram-se as respostas para verificar quais itens que discriminaram mais claramente entre os que obtiveram resultados elevados e baixos na escala total. Para tanto, foram utilizados testes de correlação com o resultado total, os que não discriminavam apresentando respostas diferentes daqueles que apresentaram resultados altos e baixos no resultado total, deveriam ser eliminados para garantir a coerência interna da escala.

Portanto, o enfoque Likert utilizado consistiu em verificar o nível de concordância dos sujeitos com uma série de afirmações, sem a preocupação de determinar o valor escalar dos itens, mas sim, verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressavam algo favorável ou desfavorável, em relação ao objeto psicológico.

### **3.3.2. Variáveis independentes**

As variáveis independentes foram aquelas que poderiam ou não estar relacionadas ao objeto de estudo (variáveis dependentes). Foram elas as características do perfil do indivíduo: idade, sexo, ocupação, escolaridade, tempo de estudo, classificação econômica, tempo de atuação na área da saúde e vínculo institucional da USF e atuação do fisioterapeuta na USF.

Essas variáveis foram coletadas de acordo com os seguintes critérios:

- Idade: anos de vida do entrevistado, obtida pela data de nascimento.
- Sexo: masculino ou feminino.
- Ocupação: considerar a categoria profissional que o indivíduo atua na USF.
- Escolaridade: maior nível de estudo obtido.
- Tempo de estudo: obtido pela soma dos períodos em que o profissional estudou, em anos completos.
- Classificação econômica: utilizando-se o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2004).
- Tempo de atuação na área da saúde: considerado o período desde o ingresso em um serviço de saúde, em anos completos.
- Vínculo institucional da USF: se a unidade está ligada a Universidade de São

Paulo ou a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

- Atuação de fisioterapeuta na USF: se algum fisioterapeuta já trabalhou na unidade em que o profissional atua.

### 3.3.3. Variável de contexto.

- Localização: USF a que pertence o profissional.
- Tempo de atuação no PSF: considerado o período desde do ingresso do profissional como membro da ESF, em anos completos.
- Cor ou raça: branca, preta, amarela, parda ou indígena, de acordo com classificação do IBGE.

Para verificar se existiam essas associações foi construído um quadro hipotético de relações entre as variáveis, apresentado no Quadro 2.

Variáveis dependentes	Variáveis independentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conhecimento I:</b> aspectos legais da profissão do fisioterapeuta.</li> <li>- <b>Conhecimento II:</b> abrangência da atuação do fisioterapeuta e visão popular.</li> <li>- <b>Conhecimento III:</b> possibilidades de atuação do fisioterapeuta junto à população no PSF.</li> <li>- <b>Conhecimento Geral:</b> soma do conhecimento I, conhecimento II e conhecimento III</li> <li>- <b>Atitudes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Sexo</li> <li>- Ocupação</li> <li>- Escolaridade</li> <li>- Tempo de estudo</li> <li>- Classificação econômica</li> <li>- Tempo de atuação na área de saúde</li> <li>- Vínculo institucional da USF</li> <li>- Atuação de fisioterapeuta na USF</li> </ul>

**Quadro 2 – Classificação das variáveis envolvidas no estudo**



### 3.4. Instrumento da pesquisa.

Tendo como objetivo apreender o grau de conhecimento e as atitudes dos membros das ESF sobre a atuação do fisioterapeuta, buscando situar, nessas, os elementos indicativos que permitem compor o núcleo de competência do profissional fisioterapeuta, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário (Apêndice A), desenvolvido pelo próprio pesquisador, com um total de 30 questões divididas em quatro seções.

Na seção A foi feita a caracterização do profissional por meio de 11 questões. A seção B foi composta por seis questões, sendo duas sobre a opinião do profissional em relação à inclusão de outros profissionais no PSF, e nas quatro restantes buscou-se informações sobre a atuação de fisioterapeuta na USF. Na seção C foi feita a avaliação dos conhecimentos da ESF em relação à atuação profissional do fisioterapeuta. Essa seção foi composta por uma questão fechada, subdividida em 25 afirmativas em que o entrevistado respondeu se a considerava verdadeira (V), falsa (F) ou não sabia responder (NS). A inclusão da alternativa “não sei responder” teve como objetivo permitir a ocorrência de respostas de desconhecimento do assunto e também permitir que os sujeitos não se sentissem obrigados a responder verdadeiro ou falso quando assim julgassem melhor. E, finalmente, a seção D foi composta de 10 questões onde foram identificadas as atitudes dos entrevistados.

Uma versão inicial deste questionário foi elaborada pelo pesquisador, com base em informações gerais da literatura e sua experiência pessoal. Esta versão foi submetida inicialmente a quatro fisioterapeutas, convidados por dominarem os conteúdos envolvidos na pesquisa e por apresentarem experiência profissional nas questões referentes ao estudo. Esses foram convidados a darem sugestões quanto ao conteúdo do questionário, a adequação da estrutura semântica e facilidade de compreensão.

Essa versão do questionário foi testada inicialmente em oito Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nos dias 05 e 06 de fevereiro de 2004, na Unidade Básica de Saúde da Vila Albertina, unidade escolhida pela presença do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a atuação de 24 ACS.

Durante o teste foi notada a dificuldade na linguagem de algumas questões, que necessitavam de explicações adicionais para que fossem entendidas pelas

entrevistadas. Após o teste com essas oito ACS, foram feitas alterações nas seções B e C, inclusive onde solicitava-se uma auto-avaliação em relação aos conhecimentos recebidos sobre outros profissionais de saúde na formação. Posteriormente, optou-se pela exclusão dessa seção, por considerá-la irrelevante para o estudo. Na seção C, uma questão foi retirada do questionário por não ter sido entendida por quase a totalidade das entrevistadas.

O teste apontou para a necessidade de aprimorar a seção de conhecimentos, possivelmente, com um melhor detalhamento das possibilidades de atuação do fisioterapeuta. Além da verificação se de fato todas as questões da seção sobre atitudes realmente avaliavam o que se propunham a avaliar.

Uma outra versão foi então preparada, com a adequação da linguagem para o público a ser testado, inclusive com a omissão de palavras que dificultavam o entendimento. Optou-se pela inclusão de questões na seção D, que versa sobre as atitudes dos entrevistados em relação à atuação profissional do fisioterapeuta, por considerar que a mesma estava superficial, não sendo possível com o pequeno número de questões identificar as atitudes daqueles profissionais.

As alterações realizadas foram testadas nos dias 09 e 10 de fevereiro de 2004 em mais oito ACS, o instrumento se mostrou adequado, apresentando fácil compreensão e clareza.

### **3.5. Procedimentos para Coleta de Dados**

Como forma de evitar viés na coleta de dados, tendo em vista que os entrevistados poderiam ser influenciados pelo fato do pesquisador ser fisioterapeuta, esse se apresentou nas unidades como pós-graduando do Departamento de Medicina Social, sem especificar a formação profissional.

Após obter a autorização da diretoria científica do CSE (Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Anexo B) para realizar a pesquisa nas USF da cidade, obteve-se o consentimento dos gerentes de cada uma das unidades pesquisadas e foi solicitada informações sobre horário do expediente mais conveniente para realização da entrevista.

Os profissionais foram então procurados pelo entrevistador nos horários indicados pela gerência da unidade. Quando possível, a entrevista foi realizada nesse

primeiro encontro, em outros casos foram agendadas de acordo com a disponibilidade de ambos.

Procurou-se realizar a coleta de dados em cada uma das unidades pesquisadas o mais breve possível, para evitar alguma distorção decorrente da comunicação entre os sujeitos da pesquisa e alterações no grupo por qualquer motivo.

A coleta de dados foi realizada no período de 11 de maio a 15 de junho de 2004 mediante a aplicação do questionário de forma individualizada aos membros das ESF pelo próprio pesquisador, em seu local de trabalho, de preferência em um local que respeitasse a privacidade do entrevistado. Antes da entrevista, era efetuada uma breve descrição dos objetivos da pesquisa e solicitada a cooperação. Era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e solicitada a assinatura do mesmo. A duração das entrevistas foi de cerca de quinze minutos.

No caso da avaliação de conhecimentos, os entrevistados interessados em esclarecer dúvidas tiveram essas esclarecidas ao final da aplicação do questionário.

### **3.6. Aspectos Éticos**

O trabalho seguiu os parâmetros éticos emanados da resolução 196/96, do Conselho Nacional da Saúde. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola (Anexo C) da FMRP/USP.

Todos os entrevistados tiveram participação voluntária no estudo com assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a identidade do mesmo foi preservada. Os dados foram gravados através de código no computador e serão mantidos anônimos só sendo conhecidos pelos pesquisadores.

### **3.7. Análise de Dados**

A análise e o tratamento dos dados foram realizados a partir da sistematização dos dados obtidos através do instrumento de coleta, que foram digitados e arquivados utilizando o programa Epi-Info versão 6.04 e processados por meio do pacote estatístico STATA analisados pelo pesquisador com a supervisão da

orientadora.

Foi realizada a análise estatística, que incluiu a caracterização dos membros que participaram do estudo utilizando frequência simples das variáveis estudadas e teste de associação entre variáveis dependentes e independentes, utilizando o teste do Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, sendo a hipótese de associação não rejeitada quando o  $p$  encontrado foi menor ou igual a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

### 3.7.1. Conhecimentos

Nas questões sobre conhecimentos, foi atribuído 1 ponto para a resposta correta, -1 para a marcação incorreta e 0 (zero) para os que assinalaram “não sei”. Essa terceira opção foi incluída para reduzir a escolha aleatória da resposta e assim garantir uma medida mais confiável do conhecimento.

Com isso, foi possível a variação de pontos na variável Conhecimento I desde o escore mínimo de -6 até o máximo de 6 pontos. No Conhecimento II, os entrevistados poderiam alcançar a pontuação máxima de 7 pontos, sendo a mínima -7. A máxima pontuação possível na variável Conhecimento III foram doze pontos e a mínima doze negativo. Permitindo uma variação no Conhecimento Geral de -25 até o escore máximo de 25 pontos.

### 3.7.2. Atitudes

As respostas das variáveis referentes às atitudes foram recodificadas em uma escala que variou de -2 a +2 seguindo os passos a seguir:

1. Cada uma das dez questões propostas no instrumento de pesquisa apresentaram alternativas numeradas de 1 e 5. Foram atribuídos -2 e -1 pontos para as respostas desfavoráveis (discordo muito e discordo) à questão proposta, 1 e 2 para respostas favoráveis (concordo muito e concordo) e o 0 (zero) para os nível intermediário de resposta (não concordo nem discordo).
2. Os escores da escala foram então calculados. A variação de pontos vai desde um escore mínimo de -20 até o escore máximo de 20 pontos para as atitudes em relação à atuação profissional do fisioterapeuta.