

REAÇÕES EMOCIONAIS E SENTIMENTOS EXPERIENCIADOS PELAS MULHERES COM CÂNCER DE COLO UTERINO

Emotional reactions and feelings experienced by women with cervical cancer

Vanessa Nerone¹
Maria Regiane Trincaus²

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi o de conhecer as principais reações emocionais e sentimentos experimentados pelas mulheres frente ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino. Para o desenvolvimento deste estudo optou-se por uma abordagem qualitativa, pela qual foram entrevistadas cinco mulheres que se encontravam em tratamento quimioterápico, em uma Clínica de Oncologia, do interior do Estado do Paraná, no período de junho e julho de 2003. Dentre os fatores de risco levantados destacamos a precocidade do início da atividade sexual e a variedade de parceiros relatados por elas; a dificuldade de diagnosticar precocemente a doença: nenhuma das mulheres soube informar corretamente há quanto tempo estava com câncer, e todas relataram falta de hábito em observar-se constantemente, e a não realização do exame de citologia oncológica com frequência; expressaram ainda, sentimentos de medo ao referirem-se a palavra câncer, repúdio e vergonha ao relacioná-lo ao colo uterino, símbolo de fertilidade, assim como a falta de preparo tanto do companheiro quanto da equipe de saúde para dar suporte a elas nesse momento. Ao concluirmos esta pesquisa pudemos observar que estas mulheres necessitam de apoio emocional e multidisciplinar constantes, tendo em vista a relação de repúdio que vivenciam contra o próprio corpo, a difícil convivência marital provocada pelas alterações na sexualidade tanto no decorrer da doença quanto no seu tratamento e, ainda, pela luta constante contra uma doença ainda considerada incurável.

Palavras-chave: câncer; câncer de colo uterino; aspectos emocionais.

Abstract

The research purpose has been to perceive the main emotional reactions and feelings experienced by women facing the diagnosis of uterine cervical cancer. A quantitative approach was chosen for the development of this study, based upon interviews with five women that were under chemotherapy treatment in an Oncology clinic in the interior of Paraná, from June through July 2003. Among the identified risk factors, we emphasize the precocity of sexual relations and the variety of partners related by the subjects, the difficulty to obtain an early illness diagnosis – no women were able to inform for how long they had had cancer and, moreover, all of them reported lacking the habit of checking themselves on a regular basis and not having done oncologic cytology exams frequently. Furthermore, they reported feelings of fear when referring to the word cancer, refusal and shame on relating it to the uterus – a symbol of fertility – as well as their partners' and the health unit staff's lack of preparation to provide them with support at that moment. When we completed this research we were able to observe that these women need emotional and constant multidisciplinary support,

1 Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO.

2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO. E-mail: trincaus@uol.com.br.

provided the repulse process against their own bodies, the difficulty marriage relationships caused by alterations in their sexuality during the treatment of their illness and, furthermore, by the constant struggle against an illness that is still considered incurable.

Key-words: cancer; cervical cancer; emotional aspects.

Introdução

O progressivo aumento das doenças crônico-degenerativas no Brasil é evidente. As alterações demográficas por que passa a população têm como consequência maior quantidade de casos de doenças crônicas dentre as quais se enquadra o câncer. O aumento na média de vida da população, a queda da taxa de fecundidade, as modificações no estilo de vida e a maior exposição a determinados riscos ambientais são fatores que interferem diretamente no aparecimento de um maior número de neoplasias malignas ⁽¹⁾.

Nos Estados Unidos, a estimativa de câncer de colo uterino para o ano 2000 foi de 12.800 novos casos com 4.600 mortes ⁽²⁾. Em 2007 as estimativas são de 11.150 casos novos com 3.670 mortes. As últimas décadas têm mostrado um declínio bastante importante nas taxas norte-americanas de incidência e mortalidade pelo câncer cervical, tanto em mulheres brancas como em afro-americanas, devido principalmente à realização periódica de exames preventivos e descoberta precoce ⁽³⁾.

No mundo todo, a incidência de câncer de colo uterino corresponde ao segundo lugar, perdendo apenas para o câncer de mama. As estimativas sugerem mais de 430 mil novos casos de câncer uterino por ano, com mais de 200 mil mortes; destes casos, cerca de 79% ocorrem em países em desenvolvimento. As maiores incidências são encontradas em países da África, América Latina e Ásia. Na Colômbia, esta taxa corresponde a 23/100mil, sendo também a principal causa de morte entre as mulheres em idade reprodutiva ⁽⁴⁾.

Em 2002, dentre as neoplasias que mais afetaram a população feminina no Brasil, o câncer de colo uterino destacou-se pela alta incidência e também pelo elevado índice de mortalidade observado em mulheres com idade superior a 15 anos, estando em primeiro lugar de morbidade entre as mulheres nas regiões Norte e Nordeste e em quarto lugar na região Sul do país ⁽⁵⁾.

Em 2006 as estimativas de casos novos de câncer de colo uterino para o sul do Brasil ficaram

em 27,8/100 mil. No país, o câncer de colo uterino representa a segunda maior incidência (20,3/100mil), perdendo apenas para o câncer de mama. As regiões Centro-Oeste e Nordeste acompanham as estatísticas nacionais, no Sudeste este tipo de câncer representa o 3º lugar em incidência e o primeiro no Norte do país. As taxas de mortalidade nos estados da região Sul também são maiores que nos estados das outras regiões ⁽⁶⁾.

O câncer de colo uterino é de extrema importância pela sua frequência, pela fase da vida em que acomete as mulheres e por ser facilmente tratado quando detectado precocemente ⁽⁷⁾.

Diante destas questões, esta pesquisa teve como objetivo conhecer as principais reações emocionais e sentimentos experimentados pelas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de colo uterino. Assim, espera-se reconhecer o significado que essas pessoas atribuem ao fato de terem vivenciado um diagnóstico de câncer ginecológico em suas vidas. Atender às questões emocionais destas mulheres permite que melhorem substancialmente também o tratamento clínico, assim como a qualidade de vida delas.

O câncer leva a uma inaceitabilidade social devido principalmente à perda da capacidade produtiva que acomete estas pessoas e ao medo do sofrimento prolongado ⁽⁸⁾. Se reportarmos esta situação à condição de mãe e mulher, esta incapacidade produtiva leva à existência de problemas familiares e de ordem emocional graves, relativos a sua afirmação feminina de ser.

Metodologia

Tipo e local do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com uma abordagem qualitativa. Optou-se por esta abordagem por ser capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos ⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado a partir da compreensão dos sentimentos experienciados por mulheres com o diagnóstico de câncer cérvico-

uterino, que se encontravam em tratamento quimioterápico em uma Clínica de Oncologia, do interior do Estado do Paraná.

Esta é uma clínica particular, conveniada a um Hospital de Caridade, na qual aproximadamente 90% dos pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde e que dispõe de quimioterapia ambulatorial.

População e período do estudo

Foram entrevistadas as cinco mulheres que se encontravam em tratamento quimioterápico por diagnóstico de câncer de colo uterino, desconsiderando a ocorrência de metástase ou não nestas pacientes.

As mulheres foram entrevistadas no período de junho e julho de 2003, nas dependências da própria clínica, de acordo com a disponibilidade das pacientes.

Coleta de dados

A coleta de informações foi realizada através de entrevista semi-estruturada, as quais foram gravadas em áudio, posteriormente transcritas e submetidas à análise de enunciação. Nestas, buscou-se averiguar junto às mulheres se ocorreram modificações em suas vidas após a vivência do câncer de colo uterino e, sem haver restringido o tempo de escuta, as entrevistadas puderam responder às questões e aprofundá-las, na medida em que o diálogo acontecia.

Foram investigados dados como atividade sexual, número de parceiros, primeiros sintomas da doença, relacionamento familiar após o diagnóstico, sentimentos ao saber do diagnóstico, relacionamento sexual após o diagnóstico, perspectivas futuras, relacionamento médico-paciente e enfermeiro-paciente.

Quando começou a ocorrer repetitividade das respostas, as entrevistas foram encerradas. Este é o critério utilizado na abordagem qualitativa, na qual o número de sujeitos não é significativo; o que se procura é o comum, o invariante.

Análise dos dados

As respostas foram sistematizadas separadamente por questões, ordenadas e lapidadas o que originou um tema. Cada questão teve suas respostas lidas várias vezes para que

seu conteúdo pudesse ser analisado. A análise das respostas foi desenvolvida através das discussões que os temas e os dados suscitaram.

Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, às pacientes foi assegurado o seu anonimato, a participação espontânea e o uso das informações apenas para fins deste estudo, conforme preconiza a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, cabendo destacar que, para efeito deste fato, os nomes verdadeiros foram substituídos pelas iniciais. Os profissionais que foram citados pelas pacientes tiveram seus nomes suprimidos, a fim de obter sigilo seguindo os princípios éticos.

As entrevistas foram realizadas somente após as mulheres terem sido suficientemente esclarecidas sobre a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a coleta de informações sugeriram-se alternativas e encaminhamentos, principalmente ao serviço de psicologia que contribuíram para a melhora do momento de vida que se encontravam, assim como das expectativas que elas tinham em relação ao tratamento.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas cinco pacientes com o diagnóstico de câncer cérvico-uterino. Não se levou em consideração o estágio da doença, assim, uma delas apresentava metástase pulmonar, três estavam em tratamento por recidiva e uma estava em tratamento inicial.

Podemos observar no Quadro 1 que duas pacientes entrevistadas tiveram sua primeira gestação em idade precoce. Segundo Ministério da Saúde do Brasil⁽¹⁰⁾, certas características de comportamento sexual aumentam a chance de exposição a vírus carcinogênicos sexualmente transmissíveis, como por exemplo, o Papilomavírus Humano, HPV, relacionado ao câncer de colo uterino. A precocidade do início da vida sexual (antes dos 18 anos de idade) está relacionada a um maior risco de desenvolvimento de câncer de colo uterino devido a maior possibilidade de exposição a agentes carcinogênicos.

Quadro 1 - Caracterização de pacientes com câncer de colo uterino, em tratamento quimioterápico em uma Clínica de Oncologia, do interior do Estado do Paraná, no período de junho a julho de 2003.

Paciente	Idade	Estado Civil	Instrução	Nº de Filhos	Idade da 1ª gestação
D.A.F	36 anos	casada	Ensino Fundamental	2	16 anos
S.D.J	33 anos	casada	Ensino Médio	3	21 anos
R.S.A	38 anos	casada	Ensino Fundamental	4	18 anos
E.A.O	56 anos	viúva	Analfabeta	6	18 anos
M.C	39 anos	viúva	Ensino Fundamental	8	14 anos

Atividade sexual: precocidade e múltiplos parceiros

Quando foram questionadas sobre a atividade sexual, mais especificamente sobre o número de parceiros, pôde-se perceber a falta de parceiro fixo, como na fala de M.C e D.A.F, respectivamente:

Depois que o meu marido morreu eu já fiquei com outros homens. Mas não me arrependo e nem tenho vergonha de falar. Não é porque sou viúva que vou ficar o resto da minha sem ninguém. Mas eu não tenho ninguém certo sabe, tipo um namorado... Meu primeiro casamento não deu certo. Ele me traía mesmo, e não foi uma vez só. Daí veio o segundo, que é pai da minha filha mais velha. Outro cafajeste... Hoje eu estou feliz, esse meu marido é muito bom para mim...

Além da precocidade do início da atividade sexual, como já citado acima, a variedade de parceiros, tanto da mulher como do seu companheiro, expõe as mulheres a um maior risco de desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a infecção pelo HPV, que pode levar ao câncer de colo uterino ⁽¹¹⁾.

Estudos mostram que 99% das mulheres que têm câncer de colo uterino foram infectadas anteriormente pelo HPV. A infecção genital por este vírus é uma doença sexualmente transmissível e a transmissão pode ocorrer após uma única relação com um parceiro infectado ⁽¹²⁾.

O diagnóstico precoce e o reconhecimento do próprio corpo

Quando indagadas sobre o tempo de aparecimento da doença, nenhuma delas soube informar corretamente há quanto tempo descobriram que estavam com câncer. Este fato pode ser visto como uma forma que estas pacientes utilizaram para tentar esquecer um período tão difícil de suas vidas, que foi o de receber um diagnóstico de câncer.

Nem faço idéia de quanto tempo estou com essas feridas no útero.... (E.A.O)

Outro fato importante é a falta de hábito das mulheres em estar se observando continuamente, atentas a mudanças que ocorram em seu corpo, o que torna difícil o diagnóstico precoce. Mesmo quando ocorre a observação de sinais e sintomas, a procura por ajuda ainda demora por medo do diagnóstico. Dentre as alterações evidenciadas predominaram dor em baixo ventre, sangramento e secreção:

Sentia umas dores diferentes na barriga e um corrimento, com um cheiro bem forte... (M.C)

A questão da não realização do exame de Papanicolau também surge durante a entrevista com essas mulheres, como podemos observar na fala abaixo:

A gente é mesmo muito boba. Tem medo de fazer o preventivo e achar coisa ruim. Dá até raiva de não ter ido antes... (R.S.A)

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2001, revelam que apenas 7,7% das mulheres brasileiras recebem a cobertura em programas governamentais de prevenção e controle do câncer de colo uterino pelo exame colpocitológico. Nesse contexto sombrio, um importante aspecto a ser analisado é o fato de que a mulher, além de esclarecimento, necessita transformar seus hábitos de saúde e envolver-se ativamente no processo, reivindicando para si o direito ao acesso e à cobertura dos programas governamentais ⁽¹³⁾.

Isto acontece ainda pela falta de uma política efetiva de prevenção do câncer e de

diagnóstico precoce; falta também à população mudar seus hábitos com relação a ações de proteção à saúde. Outro fator importante é a capacitação ou especialização dos médicos para detecção precoce de todos os tipos de câncer.

O reconhecimento do câncer

Evidencia-se também na fala das mulheres certa negação da doença. Como exemplo temos a citação de E.A.O; a paciente sabe que tem câncer, mas evita pronunciar esta palavra, prefere dizer que tem “feridas no útero”, ou “aquela doença”. O câncer é uma doença que traz consigo um estigma social muito grande, pois ainda encontramos presente em nossa sociedade a compreensão de que câncer é sinônimo de morte prematura, de dor e sofrimento, sendo muito comum, portanto, que os pacientes evitem dizer a palavra câncer.

Todas as pacientes falaram, em algum momento, que tinham câncer, mas demonstraram medo em pronunciar esta palavra, como vemos na fala abaixo:

Acho que agora já estou conseguindo falar, até sem chorar... eu tenho câncer no útero. Mas não pense que sempre foi assim, eu tinha muita vergonha de contar que eu estava com câncer, porque você conta e as pessoas já mudam na hora com você. Ficam com pena da gente... (S.D.J)

Normalmente, a descoberta do câncer produz um impacto negativo na vida das pessoas, levando-as a se sentirem desarmadas, desamparadas e enfraquecidas para se mobilizarem no sentido de encarar a situação, até porque esta doença já é vista, na maioria das vezes, como impossível de ser solucionada⁽¹³⁾.

É importante salientar o momento em que S.D.J falou da vergonha que sentia em contar sobre a sua doença. O câncer possui uma história repleta de “imagens de vergonha”⁽¹⁴⁾. Vergonha de ter sido afetada por uma doença considerada, tradicionalmente, como ingloria; vergonha de abrigar um mal marcado pela imagem da corrosão, do desregramento orgânico ou do castigo divino. No caso dessas mulheres, a vergonha é agravada pela ameaça a uma parte do corpo considerada, há muito tempo, como um dos principais símbolos

da identidade feminina.

Percebe-se também, um conflito de idéias e conceitos que M.C tinha antes, e depois de se descobrir com câncer:

Eu ainda não me acostumei a falar, mas é câncer... e ainda por cima nesse lugar.

Quando a paciente fala “e ainda por cima nesse lugar”, podemos entender o que se passa com ela. Torna-se difícil à compreensão de como um órgão que está relacionado à fertilidade, à vida e ao prazer de trazer filhos ao mundo, neste momento também pode ser sinônimo de doença e morte. O conflito de idéias e significados para um mesmo órgão traz certo descontentamento corporal. De forma bem menos evidente hoje na sociedade, algumas mulheres e homens acreditam que a feminilidade vem da figura do útero, reportando à mulher o papel de mãe e provedora da vida, indo de encontro com o câncer tão estigmatizado pela figura da morte.

A relação profissional de saúde - paciente e a possibilidade de morrer

Todas as pacientes foram informadas do diagnóstico pelo seu médico. Analisa-se com atenção a continuidade da fala de MC:

Foi na Clínica que me contaram! O Dr... Eu achei muito esquisito aquele dia, ele falou para mim como se fosse a coisa mais normal do mundo, eu me desesperei, mas ele nem aí comigo. Aí o jeito foi pegar o rumo de casa... só posso dizer que nesse dia senti uma tristeza muito grande.

Diante deste fato, devemos abordar o despreparo de alguns médicos para informar o diagnóstico de câncer ao paciente. A maioria das escolas de Medicina não prepara seus alunos para receber e informar um paciente, que já chega a ele fragilizado, com muito medo porque já realizou uma série de exames e há alguns dias espera por uma resposta. Deve-se pensar na forma como esses pacientes devem se sentir, como no caso de M.C, em que ela sentiu-se tratada apenas como mais uma.

Há também o relato de D.A.F, quando falou sobre o momento em que recebeu o diagnóstico:

O Dr. já me falou na hora da quimioterapia, que eu ia ficar sem cabelo, e tudo mais que acontece com a gente. Foi uma sensação muito ruim, queria que o mundo acabasse naquele dia. Para que viver desse jeito, doente... a gente só dá trabalho para a família. Até hoje eu tenho vontade de juntar todos os comprimidos que eu tenho lá em casa, deve dar mais de cem, e tomar tudo de uma vez, aí eles nunca mais vão me ver e não tem mais que me cuidar....

Esta paciente que estava sendo submetida ao tratamento quimioterápico, que a tornava dependente, só via a morte como solução. A morte, diante do sofrimento provocado por esse tratamento e seus efeitos colaterais, passa a ser uma opção aceitável nesse momento.

Os pacientes oncológicos têm alguns fatores de risco para desenvolver tendência ao suicídio, como por exemplo: dor não controlada, doença avançada, exaustão e fadiga, suporte social e familiar inadequado, doença recidivada e depressão⁽¹⁴⁾.

Com relação à equipe de enfermagem, mais especificamente as auxiliares e técnicas de enfermagem, nenhuma das pacientes soube identificar toda a equipe, e duas delas não souberam identificar sequer uma das auxiliares de enfermagem, notando-se um fraco vínculo destas profissionais com as pacientes.

Bielemann⁽¹⁵⁾ também observa em seu estudo que muitas vezes a equipe de enfermagem restringe-se a prestar os cuidados de rotina, evitando uma aproximação maior com o paciente e sua família.

Quando questionadas sobre a enfermeira todas as pacientes souberam identificá-la, demonstrando uma maior proximidade com os pacientes. Das cinco pacientes entrevistadas, quatro delas citaram a enfermeira como a principal referência para informações sobre a doença e o tratamento, o que acaba por desenvolver um vínculo entre o paciente e o profissional que o acolhe nas suas dúvidas.

Popim⁽¹⁶⁾, em seu estudo com enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos, relata que da fragilidade que emana de cada paciente e da disposição pessoal do profissional para entender as suas necessidades, vai se construindo uma relação de compromisso permeada pela solidariedade, ternura e apego mútuos.

Assim, a enfermeira acaba por tornar-se também uma referência para a família sobre o estado de saúde da paciente, por estar presente

freqüentemente na recepção e na “alta” diária durante as sessões de quimioterapia.

A relação paciente – família na situação de câncer

Outro aspecto importante é com relação à dependência que nas pacientes que começam a enfrentar a partir do início de seu tratamento, causada na maioria das vezes por estes efeitos colaterais ou até mesmo pela própria evolução da doença, é contrária à natureza feminina; o papel de cuidadora e de mãe durante muitos anos foi exclusivo das mulheres, tornando-se difícil neste momento passarem esse papel a familiares e assumir agora o papel de paciente. Isto fica evidenciado mais uma vez quando questionadas se seus filhos sabiam de seu diagnóstico.

A gente tem muito amor nos filhos e o que mais me preocupa é deixá-los. A minha filha sempre me abraça e diz: mãe, a senhora tem que ser forte porque a gente não é nada sem a senhora... (E.A.O)

Quando eu fiquei sabendo, já pensei: pronto, agora as minhas crianças sem pai e sem mãe... (M.C)

A família não é simplesmente uma fonte de ajuda para o paciente, mas também uma unidade de cuidados que é afetada por este diagnóstico. Na percepção de Tiblier, quando se confirma o diagnóstico de câncer, a integridade e o funcionamento do sistema familiar são ameaçados e afetados pelas intercorrências que surgem no decorrer da doença⁽¹⁵⁾.

Um aspecto importante foi citado por E.A.O, nesta fala:

Eu passei chorando o dia inteiro e não pude nem dormir à noite. Ficava pensando em tudo que a gente escuta por aí sobre a doença; tanta gente que morre disso e sofre de tanta dor... mas deve ter gente que fica curado também, mas desses ninguém lembra.

Quando se discute sobre o câncer, a maioria dos casos citados são os ruins, isto é, aqueles em que a cura não foi possível e a morte foi o desfecho, depois de muita dor e sofrimento. Devemos sempre lembrar às pessoas e dar exemplos dos casos que realmente deram certo, em que os pacientes conseguiram a cura e

continuam seguindo suas vidas normalmente.

A questão da morte, sofrimento e dor também são muito evidentes nos profissionais que trabalham com pacientes oncológicos⁽¹⁵⁾.

Com relação às alterações familiares, notou-se que os filhos estão cada vez mais próximos, mas o marido afasta-se:

Os filhos ficam o dia inteiro atrás, para saber como estou passando. Querem cuidar, não tenho nenhuma queixa deles. Mas não vou mentir para você que com o marido é a mesma coisa. Parece que até o jeito como nos olhamos é diferente... (R.S.A)

Tudo muda na família. O pior de tudo é com o marido. Por mais que tente disfarçar, fingir que está tudo normal eu sei que para ele tudo mudou. Aquela esposa, mulher de antes, não tem mais. Principalmente se falar em sexo. (S.D.J)

A atitude demonstrada pelos maridos demonstra que talvez eles não se sintam preparados para dar suporte a sua companheira nesse momento tão difícil, que é o de enfrentar o câncer.

Relacionamento sexual após a doença

As pacientes também tentam evitar as relações sexuais, como uma forma de postergar a rejeição que, segundo elas, é iminente⁽¹⁷⁾.

Isto fica evidenciado novamente nas respostas de RSA e SDJ quando indagadas sobre possíveis alterações no relacionamento sexual após a doença:

Me acho feia agora depois que estou doente e até evito querer alguma coisa com ele. Nunca mais tentamos ter relação, ele também parece que perdeu o interesse. (R.S.A)

Nunca mais a gente se encostou. Até que se fosse só a quimioterapia não dava problema, mas a radioterapia deixa tudo queimado, e dói depois. Que mulher vai passar por tudo isso e conseguir fazer sexo normal de novo?. (S.D.J).

Outro aspecto revelado é que essas mulheres têm uma imagem corporal negativa, sentem-se indesejáveis e não atraentes. Para Otto⁽¹⁸⁾, os clientes com câncer apresentam um grande risco de desenvolverem essa imagem corporal negativa devido ao tratamento mutilante e aos efeitos devastadores por que passam. Além de produzir uma

perda considerável de sua independência, alterar o comportamento social e as relações significativas, o câncer reduz a capacidade de resposta sexual, principalmente o câncer ginecológico.

Diferentemente de muitos outros efeitos secundários ao tratamento do câncer, os problemas sexuais não costumam resolver-se durante o primeiro ou segundo ano depois da alta médica. Esses problemas podem permanecer continuamente e até mesmo piorar devido, principalmente, aos efeitos colaterais da radioterapia e ao próprio medo do reaparecimento da doença, que passa a ser uma constante na vida das pacientes.

As mulheres com câncer podem perder o desejo sexual, especialmente se o tratamento afetar a estrutura ou inervação do clitóris ou da vagina. Além disso, sentem-se rejeitadas pelo parceiro devido às modificações que ocorrem no seu corpo depois do tratamento⁽¹⁵⁾.

Com relação ao tratamento, todas estavam em tratamento quimioterápico. As pacientes que se encontravam em tratamento por recidiva e que já haviam passado pelo tratamento radioterápico relataram a dificuldade de se deslocar de sua cidade e ficar longe de sua família para a realização deste tratamento.

Em alguns momentos este afastamento era visto como benéfico, pois sua família não precisava presenciar seu sofrimento. Mas ao mesmo tempo em que isto parecia ser uma boa saída, a estrutura e o apoio familiar acabavam por lhes fazer falta. A família continua sendo a fonte de apoio e energia aos pacientes, principalmente aos com câncer; a proximidade com a morte imposta pela doença acaba por gerar esta aproximação até mesmo para que muitas outras situações sejam resolvidas.

A família é tida como uma unidade primária de cuidado; ela é um espaço social, no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apóiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções para os mesmos⁽¹⁵⁾.

A esperança com o tratamento

Ainda com relação ao tratamento, foram indagadas sobre o que esperavam desse tratamento:

Eu espero que sirva para acabar com o tumor e que eu fique livre dessa doença, porque ela acaba com a vida da gente... em todos os sentidos. (R.S.A)
O que eu espero... espero que acabe logo, só isso. É muito ruim o que a gente passa aqui, o que sente depois. Parece que um problema vai puxando o outro, não tenho fome, fico muito nervosa, daí perco o sono... (MC).

Nesses relatos, podemos notar que ainda há muita esperança em ficarem curadas. O tratamento quimioterápico mostra-se como uma possibilidade de se ter novamente um indivíduo sadio, sem a doença e continuar vivo, já que ser portador de um câncer tem a conotação de sofrimento e de morte.

A religiosidade também vem ao encontro dessa postura de luta, dando forças na caminhada em busca da cura. Elas têm consigo a crença de que o tratamento pode dar certo, com apoio divino, e trazer-lhe novamente o seu cotidiano sem a doença. Nestes momentos a crença é um fator extremamente importante para que exista esperança; é também uma forma de melhorar o estado emocional das pacientes.

M.C., com toda sua sinceridade e espontaneidade, só esperava que o tratamento terminasse logo. O sofrimento físico e psíquico, conseqüente ao tratamento, é o principal motivo que a faz pensar dessa forma. Muitas vezes a quimioterapia é um tratamento difícil e pesado para se enfrentar sozinho. Para M.C. a possibilidade de cura ou não, o enfrentamento da quimioterapia são etapas a serem vencidas; a cada dia uma nova conquista, uma batalha contra a morte a ser vencida diariamente, tendo em vista que, conforme abordagem anterior, seu relato foi de que o diagnóstico de câncer só lhe permitia pensar na morte.

Referências

1. Mendonça GAS. Câncer na população feminina brasileira. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo (SP) 1993; 27(1): 68-75.
2. American Cancer Society [homepage na Internet]. Atlanta: ACS; [Acesso em 02/04/2007]. *Cancer Prevention & Early Detection: Facts & Figures 2000*; [36 telas]. Disponível em <http://www.cancer.org/downloads/STT/CPED2000PWSecured.pdf>.
3. American Cancer Society. Atlanta: ACS; [acesso em 02/04/2007]. *Cancer Facts & Figures 2007*; [56 telas]. Disponível em < <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf> > .

Considerações finais

Com esta pesquisa, observou-se que as alterações emocionais apresentadas pelas pacientes com câncer de colo uterino assemelham-se às alterações já encontradas em outros estudos sobre o câncer, porém revela-se uma importante alteração na sexualidade das mesmas, em virtude da própria localização da doença e também dos tratamentos a que são submetidas.

Um dos pontos importantes verificados foi o repúdio ao próprio corpo, assim como a difícil convivência marital relacionada às alterações na sexualidade no decorrer da doença e seu tratamento.

Outro fato importante que pode direcionar uma melhor qualidade de assistência a estas pacientes é como a equipe de saúde que atua com estas pacientes compreende e expressa suas idéias sobre o câncer.

É um fato extremamente difícil tentar fazer com que as pacientes acreditem que a sua doença é curável se os próprios profissionais da saúde não acreditam nisto, mesmo que ela seja possível. Também é importante que estes profissionais possam ajudar estas pacientes a enfrentar os estágios da morte relatados por Klüber-Ross⁽¹⁹⁾.

Com relação à família fica evidente que esta tem um papel relevante na reabilitação da paciente e na manutenção de seu papel de cuidadora sendo, portanto, muito importante que a equipe interdisciplinar atue em conjunto com esta, para que haja um melhor tratamento da mulher com câncer de colo uterino. Deve-se entender a família como provedora de carinho, vitalidade e energia, fornecendo a ela apoio físico, emocional e social.

4. Molano M, Posso H, Méndez F, Murillo R, Van den Brule A, Ronderos M, et al. Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano en una cohorte de Bogotá, D.C., Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2005; 9(4): 209-226.
5. Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2002. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro (RJ) 2002; 48(2): 175-179.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Brasília: INCA; [Acesso em 26/03/2007] Situação do câncer no Brasil. [1]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/>.
7. Viana LC. Tratado de ginecologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1998.
8. Linard AG, Dantas e Silva FA, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentam a realidade. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(4):493-498.
9. Victoria CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da Desigualdade*. São Paulo: Hucitec; 1989.
10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Controle de câncer de colo uterino: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino. Brasília: 2001.
11. Ferreira NMLA. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo (SP)* 1996; 30(3):229-257.
12. Sawaya GF. Current approaches to cervical cancer screening. *New England Journal Medicine*. 2001; 344 (21): 1603-07.
13. Rzeznik C. (Re) Descobrimos a vida apesar do câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS) 2000; 21(1):84-100.
14. Gimenez MG. *A Mulher e o Câncer*. 1ª ed. São Paulo: Livro Pleno; 2000.
15. Bielemann VLM. *O ser com câncer: uma experiência em família*. [dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; 1997.
16. Popim RC. *O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz*. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2001.
17. Carvalho M. *Introdução à Psiconcologia*. 1ª ed. São Paulo: Psy; 1994.
18. Otto SE. *Oncologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: R&A Editores; 2002.
19. Kluber-Ross M. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1992

**A GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO-OESTE**
*The physiotherapy graduation course at the Universidade Estadual
do Centro-Oeste*

Adriana Virgínia de Paula¹
Lorena Pohl Fornazari²
Luiz Antonio Penteado de Carvalho³
Vanda Cristina Galvão Pereira⁴
Mário César da Silva Pereira⁵
Solange Natalia Seibert⁴

Resumo

A graduação na área da saúde vem sofrendo alterações constantes. Durante a década de 90, a Reforma Sanitária no Brasil estabeleceu novas estratégias para todos os cursos envolvidos na área de saúde. Na fisioterapia, uma das principais mudanças foi no sentido de enfatizar o processo ‘saúde-doença’ dentro de uma visão mais ampla, preconizando não só a cura e a reabilitação da doença, mas também a promoção da saúde e, principalmente, a prevenção da doença. A Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), fortalecendo seu papel de servidora pública de ensino superior, propôs a implantação do curso de fisioterapia procurando suprir a escassez de fisioterapeutas em sua área de abrangência. O curso teve início no ano de 2000, com uma matriz curricular que contemplava as propostas de Diretrizes Nacionais para Cursos de Graduação em Fisioterapia de 1998. O Departamento de Fisioterapia (DEFISIO) vem reformulando a matriz curricular para sua adequação conforme as novas normas estabelecidas em consonância com o Ministério da Saúde para também contemplar modelo de assistência à saúde vigente. Visando propor ações e estratégias que estimulem um aumento na qualidade de ensino e fomentem a pesquisa científica na área, para posterior utilização na atuação profissional, foi realizada uma análise da trajetória do referido curso para entender a formação acadêmica do graduado em fisioterapia na UNICENTRO. A coleta de dados teve seu embasamento na literatura existente, leis e pareceres emitidos por órgãos governamentais e em documentos que constam nos arquivos da Instituição.

Palavras-chave: fisioterapia; graduação; qualidade de ensino.

Abstract

Undergraduate studies in the area of health have undergone constant changes. However, with the Sanitary Reformation that happened in Brazil during the decade of 1990, new strategies were established for all of the involved programs. In the Physiotherapy area, one of the main changes regards an emphasis on an ampler vision of the “health-illness” process, defending not only the cure and illness rehabilitation, but also the promotion of health and, mainly, its prevention. The Universidade

1 Aluna do Curso de Pós Graduação de Formação de Professores para a Docência do Ensino Superior da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

2 Professora Ms. do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO (Orientadora). E-mail: lorepohl@yahoo.com.br.

3 Professor Ms. do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

4 Professora Ms. do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

5 Professor Especialista do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

Recebido em 30/08/2006 - Aprovado em 05/11/2007

Revista Salus-Guarapuava-PR. jul./dez. 2007; 1(2): 157-164

ISSN 1980-2404

Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), strengthening its role as a public server of higher education, considered the implantation of the Physiotherapy Program in order to end the scarcity of professionals in its geographic region. The Physiotherapy Program began in 2000, with a curriculum that met the 1998 National Policies for Undergraduate Programs. The Physiotherapy Department (DEFISIO) has been improving the curriculum to comply with the latest policies established by the Health Department, and also to contemplate the current model of health assistance. A retrospective analysis of the Physiotherapy Program was carried through to understand the development of the undergraduate student at UNICENTRO, so as to propose actions and strategies that stimulate an increase in the quality of education, and also to foster scientific research practice which may later enhance the professional performance. The data collection was based in existing literature, Brazilian education laws and governmental agency reports, as well as in documents belonging to UNICENTRO's archives.

Key words: physiotherapy; undergraduate program; quality of education.

Introdução

A história da fisioterapia apresenta-se com transformações constantes no âmbito mundial. No Brasil, não deixa de ser diferente, visto que as primeiras escolas de fisioterapia surgiram principalmente frente às necessidades de execução de atividades terapêuticas e reabilitadoras, mas com currículos baseados em padrões internacionais, sendo desconsiderada a realidade brasileira.

Nos últimos dez anos aconteceu uma abertura extensa de cursos superiores, o que provocou um aumento na oferta de profissionais de saúde no mercado e, segundo dados do Censo de Educação Superior do Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (INEP), em 2003 havia 88.508 acadêmicos de fisioterapia matriculados em 375 cursos do país, sendo graduados 12.615 fisioterapeutas⁽¹⁾.

A estrutura curricular do curso segue as normas e recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Fisioterapia implantadas em 1999. A Reforma Sanitária dos anos 90 ajudou a promover uma reestruturação da educação em saúde no País. Após longos debates sobre a formação em fisioterapia durante os anos de 1998 e 1999, a Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia (CEEfisio), em parceria com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs),

Coordenadores de Cursos, docentes, discentes e outros interessados, apresentaram novas propostas curriculares a serem apreciadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Esse documento foi aprovado oficialmente em 2001, quando teve início um processo de adequação curricular em todas Instituições de Ensino Superior (IES) que mantinham a graduação em fisioterapia, o que também foi justificado pela articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, os quais propuseram ações que estabelecessem compromissos de parcerias nos setores da educação e da saúde em relação à formação de profissionais da área.

Esses dois Ministérios até hoje desenvolvem um processo de parcerias para incentivar transformações na graduação de profissionais da saúde, com o objetivo de contemplar a consolidação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo uma atenção à saúde sob a forma de integralidade baseada nas demandas sociais da região e nas políticas vigentes. Esse novo sistema de assistência pretende priorizar ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, o que exige uma organização curricular voltada aos princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS, como descentralização, universalização, equidade e integralidade. Entretanto, as IES, dentre elas a UNICENTRO, seguiam as sugestões apontadas no primeiro documento sobre estruturas curriculares, elaborado para o ano de 1999 e fundamentado na Lei 9.394/96, Lei de Diretrizes e Bases (LDB), mas ainda sob a forma de Minuta.

A Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), reconhecida como Universidade em 1997, propôs a abertura do Curso de Fisioterapia, amparada na preocupação de prover profissionais fisioterapeutas para regiões paranaenses não abrangidas pela Instituições de Ensino Superior que mantinham esse curso. Sua implantação aconteceu no ano de 2000 fazendo parte do Plano de Extensão Universitária, o qual foi elaborado a partir do reconhecimento da UNICENTRO como Universidade.

O Curso de Fisioterapia da UNICENTRO foi reconhecido em 2003, e, como tantos outros, atravessa um processo de adequação da matriz curricular com a preocupação em manter uma excelência na qualidade de ensino na formação de profissionais competentes, para atuarem nas diversas áreas da saúde. Sendo assim, o presente estudo objetivou analisar a estruturação deste curso, bem como suas transformações e adequações em prol do cumprimento das novas Diretrizes Curriculares.

A graduação em fisioterapia no Brasil

A graduação em fisioterapia no Brasil acompanhou características comuns de três períodos de atuação profissional e as principais limitações e dificuldades foram encontradas no primeiro deles. Este período compreende desde 1957, com a formação das primeiras turmas de fisioterapia, até 1969, quando do reconhecimento profissional. As primeiras turmas de graduação em fisioterapia sofreram as conseqüências das deficiências em relação à política de ensino, que conduzia para a formação de especialistas sem uma visão multidimensional de conhecimentos básicos sobre terapia física. Como nesta época a ótica era unidimensional, os egressos demonstravam dificuldades em relação ao exercício da profissão, pois recebiam ensinamentos de docentes que não eram profissionais da fisioterapia, o que contribuiu para a aplicação de medidas de reabilitação inadequadas em alguns tratamentos. No segundo período, entre 1970 e 1982, aconteceu uma rápida evolução da profissão, marcada por várias conquistas profissionais e pela proliferação de escolas de fisioterapia no

Brasil. O terceiro período, compreendido entre 1983 a 1995, mas que pode se estender até 1998, valorizou a preocupação com a unificação da classe e transformou os eventos científicos em experiências muito produtivas em relação à troca de informações, principalmente referentes à formação de docentes fisioterapeutas⁽²⁾.

Até o ano de 1969 existiam apenas seis escolas de fisioterapia no Brasil. Neste momento e durante mais algum período, o ensino superior no Brasil preocupava-se com a preparação de recursos humanos para empresas. A educação universitária, neste período, estava voltada para a transmissão e reprodução de conhecimentos, muitas vezes através de autores estrangeiros, afastando ainda mais a teoria da prática⁽³⁾.

No ano de 1964 a Portaria Ministerial nº 511/64 do MEC homologou o Parecer nº 388/63 do CFE, tornando pública a primeira proposta curricular da fisioterapia como profissão de nível superior. Esta proposta obedecia às leis nacionais vigentes na época e foi elaborada sob os moldes curriculares ainda praticados, mas com duração de três anos. Esta portaria foi substituída pela Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, a qual estabeleceu um novo currículo mínimo para a graduação de fisioterapeutas⁽³⁾, passando a ter duração de quatro anos letivos. Contudo, este currículo foi baseado somente em conhecimentos existentes e divulgados na época⁽⁴⁾. O mesmo permaneceu vigente até 1997, quando foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases, Lei nº 9.394, que substituiu os currículos mínimos por diretrizes curriculares, sendo criada a CEEfio⁽³⁾ e, a partir daí, as universidades passaram a ter autonomia sobre a elaboração de seus currículos⁽⁴⁾.

Na mesma época e com bases na Lei Federal nº 8.080/90, que dispõe sobre a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, iniciou-se a Reforma Sanitária Brasileira que pode ser resumida como o novo modelo de assistência, o SUS. Em paralelo, surgiu um novo desafio, colocando em evidência a atenção, a gestão e a participação do profissional da área da saúde, cuja formação tornava-se um dilema por evidenciar o despreparo na nova forma de assistência à saúde. Era perceptível a incoerência entre a graduação acadêmica e as novas propostas de assistência

à saúde pelo Sistema Único de Saúde com suas necessidades⁽⁵⁾.

Mesmo baseado nas novas Diretrizes Curriculares, o currículo para os cursos de fisioterapia ainda não garantia a qualidade desejada para a formação acadêmica e mostrava-se restrito em inovações e diversificações oferecidas pela educação superior. Neste contexto, entidades governamentais, em conjunto com o COFFITO, CREFITOs, coordenadores de cursos, comunidades acadêmicas e profissionais da área, realizaram debates sobre diretrizes que norteassem o ensino da fisioterapia no Brasil durante os anos de 1998 e 1999. Após os resultados terem sido encaminhados ao CNE, os Ministérios da Educação e da Saúde apresentaram uma proposta de qualificação de profissionais fisioterapeutas com atuação também no SUS, o que atenderia às demandas de saúde da população⁽⁴⁾.

As propostas de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, que surgiram a partir desses debates, representaram um grande avanço profissional. Suas metas tentavam assegurar fisioterapeutas com uma formação competente, dentro de uma carga horária mínima total de 4.500 horas, para atuação nas diversas áreas da saúde, dentro de um contexto multi, inter e transdisciplinar e com produtividade extrema, além de fornecerem autonomia tanto para a elaboração do diagnóstico, quanto para a eleição e quantificação das técnicas, recursos e condutas a serem aplicados. Também previam como atividade profissional a realização de consultas, avaliações e reavaliações, o estabelecimento do prognóstico e a decisão para a alta fisioterapêutica⁽⁵⁾. Em paralelo foi elaborado pelo CNE um documento que trata do Padrão Mínimo de Qualidade dos Cursos de Fisioterapia, contendo recomendações e determinações em relação ao funcionamento de cursos de graduação para fisioterapeutas no Brasil, com o objetivo de estabelecer um padrão básico de referência⁽⁶⁾.

Em março de 2002, o Diário Oficial da União publicou a Resolução nº 4 do CNE, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, homologada em 07 de dezembro de 2001 pelo MEC e que se encontra vigente até o presente

momento. Nota-se que uma das poucas alterações foi em relação à carga horária total do curso, que não é referida diretamente, mas deve ser baseada no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação⁽⁷⁾.

A graduação em fisioterapia deve objetivar um perfil profissional baseado em competências e habilidades voltadas à resolução de problemas sociais e passa a ser entendida como uma formação que atenda às demandas do mercado de trabalho⁽⁴⁾. E, segundo as novas diretrizes estabelecidas, a formação profissional deve dotar o fisioterapeuta de conhecimentos requeridos para o exercício profissional nas diversas áreas da saúde e em seus diferentes modos de intervenção, sempre respeitando os princípios éticos inerentes à profissão e em conformidade com o sistema de saúde vigente no País, prestando assistência à saúde integralmente. Além disso, estabelece que os conteúdos essenciais para a graduação devem ter relação com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade em consonância com a realidade epidemiológica e profissional, assegurando a prática de intervenções preventiva e curativa em todos os níveis de atenção à saúde⁽⁷⁾.

A graduação em fisioterapia na UNICENTRO

O reconhecimento da UNICENTRO deu-se através do Decreto nº 3.444, de 08 de agosto de 1997, com Sede e *Campus* na cidade de Guarapuava e *Campus* na cidade de Irati, no Estado do Paraná. Este documento permitiu à Instituição uma adequação de suas estruturas para beneficiar a nova Universidade na prestação de serviços aos setores públicos e privados, bem como à comunidade⁽⁸⁾.

A proposta do Projeto de Criação do Curso de Fisioterapia, foi amparada pelo Plano de Expansão da Universidade e embasada na necessidade de provimento de fisioterapeutas na região. Na época, apenas seis Instituições de Ensino Superior mantinham o referido curso no Estado do Paraná e não abrangiam as regiões Oeste, Central e Sul, sendo que dados fornecidos pelo CREFITO/Paraná formularam

a preocupação de provimento profissional de fisioterapeutas na região. Coube aí o papel da UNICENTRO enquanto Instituição Pública de Ensino Superior, em dar cobertura na sua área de abrangência e favorecer a formação de profissionais competentes e atender às demandas sociais da região, cumprindo com sua função política/educacional⁽⁹⁾.

Em setembro de 1998, o CREFITO 8ª Região emitiu um parecer favorável à implantação do curso e, em outubro de 1998, a criação do Curso de Fisioterapia foi homologada pela Resolução nº 009/98 – COU/UNICENTRO, o que permitiu o funcionamento do referido curso no *Campus* Universitário de Guarapuava, com integralização mínima de quatro anos e máxima de oito, conforme a grade curricular proposta. Seu funcionamento foi homologado através da Resolução nº 17/99, de 12 de maio de 1999, emitido pela Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Iniciou, efetivamente no ano de 2000 com 40 vagas anuais, em regime seriado anual e funcionamento em turno integral⁽⁹⁾. Em 24 de setembro de 2003 o Curso de Fisioterapia da UNICENTRO foi reconhecido pela CES e, desde então, vem realizando adequações, abaixo explicitadas, da matriz curricular conforme as normas estabelecidas pelas diretrizes educacionais⁽¹⁰⁾.

No momento da sua implantação a matriz curricular totalizava 4.488 horas, sendo que 884 eram destinadas ao estágio supervisionado, valores um pouco abaixo do que recomendavam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia da época, isto é, o documento de 1998. Para obedecer às normas vigentes, em 2001 o curso passou a totalizar 4.522 horas, destinando 952 para o estágio supervisionado que, perante a Instituição, é denominado como Atividades Clínicas Práticas (ACPs). Essa nova matriz curricular foi convalidada em 2001 e encontra-se em vigência até então, sendo composta por 34 disciplinas e mais uma optativa a ser escolhida entre cinco ofertas na quarta série do curso, categorizadas segundo a Área de Concentração, Matéria e Ciclo a que pertencem⁽¹¹⁾.

A Clínica Escola de Fisioterapia (CEFISIO) destina-se às aulas práticas do curso, Atividades

Clínicas Práticas, ACPs, desenvolvimento de Projetos de Extensão ou de Pesquisa e realização de cursos da área. Dentro de um espaço físico de 408 m², são realizados 800 atendimentos mensais em média. Grande parte dos pacientes é encaminhada pelo SUS, através de convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava. Outros são encaminhados por médicos da região ou procura direta, desde que possuam prescrição médica para tratamento fisioterapêutico⁽¹²⁾.

Em junho de 2003, foi aprovada a execução do “Projeto de Prótese e Órtese”, quando a CEFISIO passou a atender os municípios da região que compõe a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, e a UNICENTRO ganhou a habilitação como prestadora de Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário com a emissão da Portaria nº 964/SAS, de 09 de dezembro de 2002⁽¹²⁾.

Desde a sua implantação, o curso de fisioterapia sempre foi um dos mais concorridos em Concursos de Vestibulares nesta Instituição, apresentando-se com 546 inscritos para 20 vagas oferecidas no Concurso Vestibular de Primavera de 2000, o primeiro realizado, estabelecendo-se a relação de 27,3 candidatos por vaga, enquanto que no Concurso de Verão foi de 11,65. Em 2006 estas relações foram de 20,3 e 10 candidatos/vaga, respectivamente. Três turmas obtiveram graduação em fisioterapia na UNICENTRO até o presente ano, sendo graduados em torno de 120 profissionais fisioterapeutas e, atualmente está matriculada uma média de 160 acadêmicos nas quatro séries do curso, contando-se com os 40 possíveis graduandos⁽¹⁰⁾.

Discussão

O ensino superior no Brasil apresentou uma expansão acelerada durante a última década, incorporando, em 1999, uma média de 252 mil novas matrículas em cursos de graduação, o que representou uma elevação de 11,8% em relação ao ano anterior. Com a manutenção desse ritmo crescente, o sistema deverá atingir a casa de três milhões de alunos em 2002. A eficiência dos sistemas educacionais é indicada principalmente pela relação do número de

concluintes/ingressantes de cursos de graduação, considerando-se que o tempo médio de conclusão é de até cinco anos. Através desse indicador foi verificado que o aumento de produtividade mais efetivo aconteceu em 1998, com uma taxa de conclusão de 64,9%, o que sinalizou uma redução da evasão no ensino superior. Porém, o melhor desempenho foi obtido pelas Instituições Estaduais, que apresentaram nesse mesmo ano uma taxa de concluintes de 74,1% em relação aos ingressantes⁽¹³⁾.

Sabe-se da necessidade da interação acadêmica entre todas as áreas da saúde para que se entenda melhor o processo saúde-doença através de um conceito ampliado de assistência, onde a atividade de vários profissionais pode proporcionar maior qualidade e resolutividade nos atendimentos prestados. As novas Diretrizes Curriculares consideram que as demandas sociais exigem conhecimentos diversificados de acordo com as competências de cada profissional da saúde, propondo a integralidade e a humanização na prestação de serviços para ressaltar o aspecto social. Em concordância com a nova concepção de assistência à saúde proposta pela implantação do SUS, essas diretrizes norteiam para uma formação de profissionais que tenham como referência as necessidades reais do indivíduo ou população na região onde atuam, para que, a partir delas, possam praticar adequadamente sua profissão, integrando educação e saúde em uma efetiva prestação de serviços.

Analisando a matriz curricular vigente do curso em questão, nas 4.522 horas com integralização de quatro anos no mínimo e sete no máximo, observa-se que as disciplinas do curso foram categorizadas nas quatro áreas propostas conforme as Diretrizes Curriculares e distribuídas nos Ciclos I, II, III e IV.

O Ciclo I é composto pelas disciplinas de matérias biológicas, essenciais para a formação acadêmica, podendo ser consideradas como pré-requisitos para a profissionalização. O Ciclo II contempla matérias de formação geral para um profissional de caráter generalista e conhecedor de aspectos psicosociais, culturais, políticos, antropológicos e epidemiológicos, norteados por princípios éticos que contemplam a profissão. O Ciclo III comporta as matérias Pré-

profissionalizantes e pode ser considerado como pré-requisito para o Ciclo IV, o qual é composto pelas matérias Profissionalizantes. Alguns conteúdos dessas disciplinas são abordados através de práticas fisioterapêuticas em hospitais, clínicas, escolas, empresas e em locais onde são prestados serviços afins ou que necessitem de uma intervenção da fisioterapia.

Os Ciclos III e IV compreendem a aquisição de conhecimentos fisioterapêuticos que instrumentalizam a atuação profissional nas diversas áreas de abrangência da Fisioterapia. Ambos permitem a execução de habilidades específicas, respeitando os princípios éticos inerentes ao exercício profissional, dentro de uma capacitação para uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar em todos os níveis de atenção à saúde e baseada na integralidade de assistência.

A matriz curricular vigente não propõe diretamente a prática de atividades fisioterapêuticas desde o início do curso em obediência à Resolução nº 139/92 do COFFITO, a qual estabelece a realização do estágio supervisionado somente após a conclusão do ciclo de disciplinas profissionalizantes, no sexto período do curso. As mesmas são praticadas durante a quarta série por obedecer ao regime seriado anual, sendo que, até o seu início, são realizadas aulas práticas e desenvolvidos projetos de extensão ou pesquisa. Observa-se aqui o confronto entre duas normativas federais, gerando abertura para uma possível redução no conceito do curso perante o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), instituído em 2004, ou mesmo para autuações por parte de órgãos fiscalizadores da profissão. Enquanto o SINAES avalia a gestão, o curso, responsabilidade fiscal e instalações físicas da Instituição, além do desempenho dos estudantes, cabe ao CREFITO a fiscalização profissional do fisioterapeuta.

Para que se cultive um conceito ampliado de saúde, é de extrema importância não só uma interação entre as várias profissões envolvidas, mas também o conhecimento de fatores históricos, políticos, econômicos e sociais determinantes no processo “saúde-doença-cuidado-qualidade”. Faz-se necessário o gerenciamento da educação

em saúde através do ensino, pesquisa e extensão, no sentido de promover maior resolutividade em ações preventivas de saúde e maior eficácia em práticas de tratamentos das doenças. Entretanto, as bases em princípios éticos devem estar evidentes para permitir uma atuação profissional articulada com movimentos sociais que demonstrem a real necessidade da população atendida. As transformações na educação superior dentro da área da saúde colocam tanto a formação quanto a atenção e a gestão em saúde, como um desafio a ser observado em respostas negativas ou positivas através da participação popular. A necessidade de profissionais da saúde é demonstrada por fatores epidemiológicos com índices de morbimortalidades cada vez mais crescentes no Brasil, e que ultrapassam a planificação e a execução de políticas de saúde. É aí que se nota a ausência ou a pouca efetividade de sistemas e serviços voltados à prevenção de doenças. Esse fato é identificado pela concepção de cura e reabilitação, anteriormente colocada como uns dos principais objetivos na prática da fisioterapia, fazendo parte de um condicionamento histórico da profissão.

Com a implantação do SUS as diretrizes curriculares voltaram-se para um currículo ajustável às necessidades pertinentes ao aperfeiçoamento da formação acadêmica, com permanente acompanhamento e avaliação docente e em conformidade com a realidade profissional. O processo de ensino-aprendizagem deve permitir o uso de métodos e critérios

definidos pela Instituição a que pertence o curso, obedecendo a regulamentos e regimentos internos, mas também em consonância com o que propõem os Ministérios de Educação e de Saúde.

Conclusão

No Curso de Fisioterapia da UNICENTRO é observado concordância entre a matriz curricular vigente e as normas estabelecidas pelas novas diretrizes curriculares. São poucos os aspectos a serem repensados e parte deles depende de disponibilidade financeira da universidade.

As diretrizes estabelecidas norteiam para uma graduação em fisioterapia dentro de determinados moldes de espaço físico destinado ao curso, determinando ou recomendando itens a serem observados e estabelecem normativas relacionadas à gestão institucional e à formação do corpo docente. Porém, cabe aqui ressaltar a necessidade de ações e estratégias em relação à formação desses futuros fisioterapeutas observando-se os conteúdos propostos na matriz curricular, objetivando melhor qualidade de ensino para promover maior eficácia na atuação profissional, bem como o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas científicas. Para tal, o acompanhamento periódico de todo o processo ensino-aprendizagem é essencial para gerar mudanças que tragam benefícios para toda a comunidade acadêmica e os sujeitos envolvidos após a graduação.

Referências

1. Censo Educacional do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Brasília (DF): Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2004; Disponível em: <http://www.ibeg.gov.br>. [acesso em 05 set 2006].
2. Fonseca MA. Graduação em fisioterapia: um estudo no ciclo de formação básica rumo à melhoria da qualidade do ensino profissional. [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina/Florianópolis; 2002.
3. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma atuação preventiva e perspectivas profissionais. 2ª ed. São Paulo (SP): Manole; 1999.
4. Braz MM. Educação integral: um modelo de ensino da fisioterapia baseado na física quântica. [tese de doutorado em Ergonomia] Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina/Florianópolis; 2006.

5. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Rev. Saúde em Debate 2001 nov; Rio de Janeiro 23: 30-56.
6. Padrão mínimo de qualidade para cursos de fisioterapia. Brasília (DF): Conselho Nacional de Educação – CNE. 1998. Disponível em: www.mec.gov.br. [acesso em 16 jun 2006].
7. Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação de 4 de março de 2002. Dispõe sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em fisioterapia e dá outras providências Diário Oficial da União, Brasília (DF): Seção 1:11.
8. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO. Projeto do curso de fisioterapia. 1998; 1 (3): 1-175.
9. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO. Processo de reconhecimento do curso de fisioterapia. 2003; 1 (1): 1-943.
10. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO. Planos individuais de atividades docentes do Departamento de Fisioterapia – DEFISIO. 2006; 1-21.
11. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO. Alteração da grade curricular do curso de fisioterapia. 2000; 1 (1): 1-96.
12. Pereira MCS, Fornazari LP, Seibert SN. A Clínica Escola de Fisioterapia na Universidade Estadual do Centro Oeste: retrospectiva e prospectivas. No prelo 2006.
13. Resultados e Tendências da Educação Superior Brasil. Brasília (DF): Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2000; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. [acesso em 05 set 2006].