



AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS EM SAÚDE GLOBAL ENTRE OS ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUATION AND COMPARISON OF GLOBAL HEALTH COMPETENCIES OF PHYSIOTHERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY STUDENTS

Mirella Veras ¹

Kevin Pottie ²

Debra Cameron ³

Govinda P. Dahal ⁴

Vivian Welch ⁵

Tim Ramsay ⁶

Peter Tugwell ⁷

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar as competências em saúde global em estudantes de reabilitação. Trata-se de um estudo transversal com um survey on-line para os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional de cinco universidades em Ontário – Canadá. Foi utilizada a estatística descritiva para analisar o conhecimento percebido dos alunos, habilidades e necessidades de aprendizagem na área da saúde global. Utilizou-se o teste de qui-quadrado, com um conjunto de significância de $p < 0,05$ para comparação de resultados entre as profissões. 166 alunos responderam à pesquisa. Em geral, tanto os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional tiveram escores mais elevados nos itens referentes à “relação entre trabalho e saúde”, “relação entre renda e saúde” e “posição socioeconômica (PSE) e impacto na saúde” como obtiveram escores menores nos itens sobre “acesso aos cuidados de saúde em países de baixa renda”, “mecanismos pelos quais as disparidades raciais e étnicas existentes” e “estereótipos raciais e decisão clínica”. Estudantes de terapia ocupacional consideraram como importantes a aprendizagem sobre determinantes sociais da saúde ($p=0,03$). Este artigo destaca várias oportunidades de melhoria na educação em saúde global para estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional. Os educadores e os profissionais devem considerar o desenvolvimento de estratégias para lidar com essas necessidades e proporcionar mais oportunidades em saúde global nos programas de graduação em fisioterapia e terapia ocupacional.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Fisioterapia; Educação; Saúde Global

ABSTRACT

The objective of this study was to assess and compare global health competencies in rehabilitation students. This is an online cross-sectional survey of physiotherapy and occupational therapy students from five universities within Ontario. We used descriptive statistics to analyze students' perceived knowledge, skills, and learning needs in global health. We used Chi-square tests, with significance set at $P < 0.05$, to compare results across professions. 166 students completed the survey. In general, both physiotherapy and occupational therapy students scored higher on the “relationship between work and health”, “relationship between income and health” and “socioeconomic position (SEP) and impact on health” and lower on “access to healthcare for low income nations”, “mechanisms for why racial and ethnic disparities exist” and “racial stereotyping and medical decision making”. Occupational therapy students placed greater importance on learning concerning social determinants of health ($P=0.03$). This paper highlights several opportunities for improvement in global health education for rehabilitation students. Educators and professionals should consider developing strategies to address these needs and provide more global health opportunities in rehabilitation training programs.

Key words: Occupational Therapy; Physical Therapy; Education; Global Health

1- Physiotherapist. University of Ottawa/ Saint Elizabeth Research Centre (1118E - 451 Smyth Road Nursing Best Practice Research Center, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada, K1H 8M5).

2- Medic. Departments of Family Medicine and Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada (1 Stewart street, Ottawa, ON, Canada, K1N 6H7).

3- Occupational therapist. Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Toronto (Room 160, 500 University Ave, Toronto, ON, Canada, M5G 1V7).

4- Statistical. Institute of Population Health, Faculty of Medicine, University of Ottawa; Canada Foundation for Nepal (1 Stewart street, Ottawa, ON, Canada, K1N 6H7).

5- Bachelor of Kinesiology. Bruyère Research Institute, University of Ottawa (1 Stewart street, Ottawa, ON, Canada, K1N 6H7)

6- Medic. Ottawa Hospital Research Institute, Clinical Epidemiology Program, Ottawa, Canada, Ottawa (1 Stewart street, Ottawa, ON, Canada, K1N 6H7).

INTRODUÇÃO

Este artigo faz parte de um estudo que avaliou as competências profissionais de vários profissionais de saúde. Uma versão em inglês deste estudo foi publicada anteriormente¹, sendo também permitida a tradução e disseminação do mesmo. A globalização tornou-se uma palavra-chave para o século XXI e é aqui definida como “as maneiras pelas quais as nações, empresas e as pessoas estão cada vez mais conectadas e interdependentes entre as fronteiras nacionais através de uma maior integração econômica, comunicação, difusão cultural, e viagens”². Na verdade, a globalização tem influenciado os determinantes da saúde e também vem mudando os resultados de saúde². Os determinantes sociais da saúde (DSS), incluindo os serviços de saúde, são influenciados pela distribuição de dinheiro, poder e recursos em níveis local, nacional e global³⁻⁵. Além disso, as catástrofes naturais, como inundações, terremotos e erupções vulcânicas, como também as situações de emergência complexas, incluindo a guerra, guerra civil e escassez de alimentos, agora são consideradas problemas globais que têm um impacto considerável na saúde da população em todo o mundo⁶.

As evidências mostram que tais calamidades têm aumentado progressivamente o número de mortes, doenças e deficiências e, conseqüentemente, os custos econômicos do tratamento e reabilitação⁶. Por exemplo, o terremoto que ocorreu no Haiti, em 2010, resultou em danos de infraestrutura e estimava-se que existiam 220.000 mortes e que mais de 300.000 pessoas sofreram lesões, incluindo fraturas, queimaduras, amputações, lesões de cérebro e da medula espinhal⁷⁻⁸. Além disso, há um aumento no número de pessoas com doenças crônicas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que pode conduzir ao aumento do número de pessoas com várias deficiências⁶. Estes problemas de saúde destacam o papel que os profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional desempenham na melhoria da qualidade de vida e habilidades funcionais em pessoas que foram expostas a desastres naturais e doenças crônicas, e sua implicação para a saúde global⁸.

Atualmente, há um interesse extraordinário na saúde global entre estudantes, profissionais de saúde e educadores⁹. Algumas universidades têm departamentos ou unidades que se concentram na saúde global e oferecem oportunidades, especificamente, a fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais para trabalhar no exterior¹⁰⁻¹¹. Por exemplo, o Centro Internacional para a Deficiência e Reabilitação (CIRD), da Universidade de Toronto, tem incentivado um foco em questões de saúde global relacionadas com a deficiência e reabilitação dentro do Departamento de Ciências da Reabilitação. O número de estudantes que

Atualmente, há um interesse extraordinário na saúde global entre estudantes, profissionais de saúde e educadores.

tiveram a oportunidade de experimentar um estágio clínico internacional tem aumentado significativamente nos últimos dez anos¹².

Terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas têm participado no trabalho remunerado e não remunerado no exterior, bem como em estágios internacionais como parte de seus programas educativos^{8,13}. A Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT) realiza diversos programas e projetos com fisioterapeutas trabalhando no exterior, como também dar suporte às campanhas internacionais a fim de apoiar a contribuição da profissão na saúde global¹⁴. O presidente da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT) enfatiza o compromisso da profissão de contribuir para a saúde global e também das iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui vários temas para a agenda global da saúde, tais como saúde mental, planejamento de recursos humanos, envelhecimento saudável, ações de saúde e bem-estar e deficiência¹⁵.

Pesquisas sobre deficiência e cuidados de saúde indicam que as pessoas com deficiência enfrentam barreiras pessoais e culturais notáveis para acesso aos serviços de saúde. As barreiras pessoais estão relacionadas a transporte, comunicação, finanças e seguros. As barreiras culturais incluem discriminação em relação à deficiência, falta de respeito e relutância em prestar cuidados a estas populações¹⁶. Embora haja um interesse crescente em saúde global, pouco se sabe sobre as competências em saúde global para os profissionais e acadêmicos de fisioterapia e terapia ocupacional. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento, as habilidades e as necessidades de aprendizagem relacionadas com a equidade em saúde e saúde global dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em Ontário – Canadá.

MÉTODOS

Um estudo transversal com *survey on-line*, utilizando o *Survey Monkey* que foi administrado para os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional de cinco universidades em Ontário – Canadá.

Um questionário *on-line* com 47 perguntas sobre educação em saúde global foi desenvolvido para coletar informações sobre o conhecimento, auto percepção, habilidades e necessidades de aprendizagem na área da saúde global. A pesquisa foi desenvolvida através da adaptação de três outros instrumentos: 1) O conhecimento dos residentes de medicina sobre os pacientes com desvantagem social. Essa pesquisa utilizou um questionário validado para medir o conhecimento dos residentes de medicina sobre os cuidados de saúde às populações com desvantagens sociais nos Estados Unidos, conduzido por Wieland *et al.* e adaptado para a população canadense (17 itens)¹⁷; 2) Um levantamento das habilidades e competências globais de saúde dos estudantes de medicina desenvolvido por Augustincic (14 itens)¹⁸ e guiado pelas 3) Diretivas de educação médica canadense para especialistas (Can MEDS competências)¹⁹.

A pesquisa foi composta de questões subdivididas em quatro partes: 1) Conhecimento de saúde global e equidade em saúde (escala de 3 pontos); 2) habilidades em saúde global (escala de 5 pontos); 3) as necessidades de aprendizagem sobre saúde global (escala de 5 pontos); 4) questões demográficas e socioeconômicas. O questionário desta pesquisa foi validado e publicado, e demonstrou boa consistência interna com alfa de Cronbach $>0,8$ ²⁰. A análise completa da pesquisa em educação em saúde global foi descrita em uma publicação anterior²¹.

Para as questões relacionadas à percepção de autoavaliação em saúde global (Parte 1/4), os entrevistados foram questionados se eles se sentiam “nada confiante”, “pouco confiante” ou “muito confiante”. As perguntas receberam os seguintes códigos: 0 (não em todos), 0,5 (um pouco) e 1 (muito). Auto percepção de competências na área da saúde global (Parte 2/4) poderia ser respondida com “concordo”, “concordo parcialmente”, “neutro”, “discordo”, “discordo totalmente”. As perguntas receberam os códigos variando entre 0-1 (Escala de item de [0-1] para questões negativas: 1=discordo totalmente; 0,75=discordo; 0,50=neutro; 0,25=concordo; 0=concordo totalmente). Para questões com respostas positivas em relação à saúde global, 1=concordo; 0,75=concordo parcialmente; 0,50=neutro; 0,25=discordo; 0=discordo totalmente.

Portanto, a média foi calculada com todas as respostas dos entrevistados para uma determinada questão e multiplicando essa média por 100, a cada questão foi atribuído um número entre 0 e 100. A pontuação 0 representava uma completa falta de confiança e 100 representa completamente confiante. Necessidades de aprendizagem em saúde global (Parte 3/4) poderiam ser respondidas de acordo com os seguintes itens: “nada importante”, “pouco importante”, “neutro”, “importante”, “muito importante” e “extremamente importante”.

A taxa de resposta foi de 23,7% e, portanto, um total de 166 participantes foi incluído na análise. A maioria dos participantes era do sexo feminino, nascida no Canadá.

Os estudantes de cinco universidades em Ontário, no Canadá, foram convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram pré-definidos da seguinte forma: 18 anos de idade ou mais; estudante do 1º ano de um programa de mestrado em fisioterapia ou programa de terapia ocupacional em uma das cinco universidades participantes em Ontário.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a outubro de 2011. Nesse período, os diretores ou coordenadores de programas de fisioterapia e terapia ocupacional foram contatados para colaborar com a pesquisa. Eles foram convidados a enviar uma mensagem eletrônica para todos os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional convidando os mesmos a participar da pesquisa. Em seguida, um *e-mail*, contendo um *link* para a pesquisa, e um termo de consentimento foram enviados para todos os alunos. Dois lembretes de *e-mails* também foram enviados em uma e duas semanas de intervalo.

Este estudo recebeu aprovação ética do “Ottawa Hospital Research Ethics Board”, “the University of Ottawa”, e “the University of Western Ontario”.

RESULTADOS

A taxa de resposta foi de 23,7% e, portanto, um total de 166 participantes foi incluído na análise. A maioria dos participantes era do sexo feminino, nascida no Canadá, com um nível socioeconômico elevado e falava pelo menos duas línguas.

Características dos participantes

Todas as cinco universidades elegíveis que ofereceram tanto fisioterapia quanto programas de terapia ocupacional em Ontário, Canadá, foram representadas neste estudo. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos respondentes. A maioria dos participantes de ambos os programas era do sexo feminino (81% de estudantes de fisioterapia (PTS) e 95% de estudantes de terapia ocupacional – OTS). A maioria dos entrevistados nasceu no Canadá (87% estudantes de fisioterapia e 89% estudantes de terapia ocupacional). Os participantes de fisioterapia tinham média

de idade = 26,47 anos, e os estudantes de terapia ocupacional tinham média de idade=24,91. A maioria dos participantes era da raça branca (77% de estudantes de fisioterapia e 80% estudantes de terapia ocupacional). Pouco mais de um 1/3 dos alunos entrevistados eram filhos de pais com uma renda anual de CAN \$ 80,000 ou mais. Os estudantes de fisioterapia tiveram relativamente maior multilingual habilidades em comparação com os seus homólogos da terapia ocupacional (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes (N=166).

Variáveis	Número (porcentagem) Estudantes de fisioterapia n = 68	Estudantes de terapia ocupacional n = 98
Sexo		
Masculino	13 (19,1)	5 (5,1)
Feminino	55 (80,9)	93 (94,9)
País (naturalidade)		
Canadá	59 (86,8)	87 (88,8)
Estados Unidos	0 (0,0)	1 (1,0)
Filipinas	1 (1,5)	1(1,0)
Índia	1 (1,5)	0 (0,0)
Hong Kong	3 (4,4)	3 (3,1)
Paquistão	0 (0,0)	1 (1,0)
Outro	4 (5,9)	5 (5,1)
Média de Idade	26,47 (41)	24,91 (59)
Etnicidade		
Branca	52 (76,4)	78 (79,6)
Chinesa	7 (10,3)	7 (7,1)
Sul da Ásia	3 (4,4)	6 (6,1)
Negra	0 (0,0)	1 (1,0)
Outra	6 (8,8)	6 (6,1)
Renda familiar dos pais		
\$20,001 to \$30,000	8 (11,8)	1 (1,0)
\$30,001 to \$40,000	1 (1,5)	3 (3,1)
\$40,001 to \$50,000	4 (5,9)	3 (3,1)
\$50,001 to \$60,000	2 (2,9)	8 (8,2)
\$60,001 to \$70,000	4 (5,9)	4 (4,1)
\$70,001 to \$80,000	5 (7,4)	10 (10,2)
\$80,001 ou mais	23 (33,8)	34 (34,7)
Eu não sei	21 (30,9)	35 (35,7)

Línguas (faladas)		
Uma língua	26 (38,2)	48 (49,0)
Duas línguas	31 (45,6)	38 (38,8)
Três línguas	8 (11,8)	6 (6,1)
Quatro línguas ou mais	3 (4,4)	6 (6,1)

Escores de conhecimento mundial da autopercepção de saúde

Os alunos foram convidados a avaliar o seu conhecimento (autopercepção) em vários temas de saúde e equidade em saúde global. Os escores de autopercepção dos conhecimentos dos alunos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em doze domínios da saúde global, são apresentados na Tabela 2. A autopercepção dos conhecimentos de estudantes de fisioterapia foi mais alta (71,32%) em “relação entre renda e saúde”, seguida de “relação entre trabalho e saúde” (68,38%) e “barreiras da língua e seu impacto negativo na saúde e nos cuidados de saúde” (66%). Da mesma forma, a autopercepção do conhecimento de estudantes de terapia ocupacional foi maior nos domínios “relação entre trabalho e saúde” (82%), seguida do domínio de “relação entre renda e saúde” (77%) e “posição socioeconômica (SEP) e impacto na saúde” (68%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Autopercepção dos conhecimentos em saúde global dos estudantes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Domínios de autopercepção do conhecimento	Estudantes de Fisioterapia Escore*(%)	Estudantes de Terapia Ocupacional Escore*(%)
Barreiras de linguagem e seu negativo impacto na saúde e nos cuidados de saúde	65,67	57,65
Acesso aos serviços de saúde em países de baixa renda	25,74	29,59
Relação entre renda e saúde	71,32	76,53
Relação entre trabalho e saúde	68,38	81,63
Posição socioeconômica e impacto na saúde	64,71	67,86
Saúde ambiental e posição socioeconômica	47,06	53,06
Relação entre moradia e estado de saúde	55,15	54,12
Posição socioeconômica e segurança alimentar	54,41	48,47
Desigualdades em saúde entre diferentes grupos no Canadá	39,71	40,82

Domínios de auto percepção do conhecimento	Estudantes de Fisioterapia Escore* (%)	Estudantes de Terapia Ocupacional Escore* (%)
Mecanismos pelos quais a desigualdade racial existe	32,35	31,12
Estereótipos raciais e decisão clínica	36,76	38,54
Gênero e acesso aos serviços de saúde	42,65	40,82

*Média da porcentagem do conhecimento percebido e habilidades para cada domínio variaram no item de escala entre 0-1 (item escala [0-1]: 0=nada confiante; 0,5=mais ou menos confiante; 1=muito confiante).

Habilidades globais de saúde auto percebidas de alunos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional guiadas pela estrutura CanMEDS

Os escores de habilidades globais de saúde percebidos pelos estudantes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em onze domínios de habilidades guiadas pela CanMEDS são apresentados na Tabela 3. Ambos os estudantes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional só percebiam ter habilidades globais de saúde mais elevadas em (i) ouvir (PT=76% e OTS=73%), (ii) a competência clínica (PT=70% e OTS=67%), (iii) identificação das necessidades (PT=63% e OTS=57%), e ter habilidades inferiores em (IV), sendo ativos atuantes na saúde global (PT=33% e OTS=33%).

Tabela 3 – Habilidades em saúde global percebidas pelos estudantes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de acordo com o guia CanMEDS.

Habilidades	Estudantes de Fisioterapia Escore* (%)	Estudantes de Terapia Ocupacional Escore* (%)
Habilidades de comunicação	60,00	54,34
Habilidades de escuta	76,17	72,68
Entender pacientes de diferentes etnicidades	54,04	56,63
Resolver discordâncias nas equipes de saúde	52,69	42,89
Discussão sobre assuntos delicados	49,62	48,95
Identificar necessidades dos pacientes	63,28	56,84
Ajudar os pacientes a alcançarem metas realísticas	55,68	47,83
Trabalhar em equipe	55,47	53,95
Competências clínicas	69,62	67,11

Estar atualizado nos assuntos de saúde global	50,47	53,16
Participar ativamente em atividades de saúde global	33,09	33,42

* Média de porcentagem dos conhecimentos e habilidades percebidas para cada domínio dos itens variando entre 0-1; 0-1; (item escala [0-1]: Para questões negativas, 1=Totalmente discordo; 0,75=Discordo; 0,50=Neutro; 0,25=Concordo; 0=Concordo totalmente). Para questões positivas, 1=Concordo totalmente; 0,75=Concordo; 0,50=Neutro; 0,25=Discordo; 0=Discordo totalmente.

Necessidades de aprendizagem em saúde global

Necessidades de aprendizagem em saúde global para os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional são apresentadas na Tabela 4. Os participantes consideraram “extremamente importante” saber mais sobre o tópico “compreender a relação entre a saúde e os direitos humanos” e “nada importante” aprender sobre a “relação entre o acesso à água potável, saneamento e nutrição no indivíduo e da população saúde”. Relações estatisticamente significantes entre as variáveis consideradas para as necessidades de aprendizagem em saúde global foram avaliadas através do qui-quadrado 2 de teste. Os resultados mostram que houve um resultado significativo para os seguintes temas: “relação entre saúde e determinantes sociais da saúde e como os determinantes sociais variam entre as regiões do mundo” (p=0,03), e “relação entre o acesso à água potável, saneamento e da nutrição na saúde do indivíduo e da população” (p=0,03). Quase 70% dos estudantes de terapia ocupacional informaram que é extremamente importante aprender sobre a “relação entre saúde e determinantes sociais da saúde e como determinantes sociais variam entre as regiões do mundo” em comparação com 31 % dos estudantes de fisioterapia (p=0,03). Além disso, quase 80% dos estudantes de terapia ocupacional consideraram que “relação entre o acesso à água potável, saneamento e nutrição na saúde individual e populacional” é um tema muito importante para aprender na saúde global em comparação com 21% dos estudantes de fisioterapia (p=0,03) (Tabela 4).

Os participantes consideraram “extremamente importante” saber mais sobre o tópico “compreender a relação entre a saúde e os direitos humanos”.

Tabela 4 – Necessidades de aprendizagem em saúde global para os estudantes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em Ontário, Canadá.

Aprendizagem em saúde global	Fisioterapia N (%)	Terapia Ocupacional N (%)	Pearson Qui-Quadrado
Riscos associados com viagem e imigração, com ênfase nos possíveis riscos e apropriado tratamento, incluindo referência a outros profissionais			
Nada importante	0 (0)	0 (0)	0,12
Mais ou menos importante	16 (64)	9 (36)	
Neutro	7 (28)	18 (72)	
Importante	24 (40,7)	35 (59,3)	
Muito importante	16 (40)	24 (60)	
Extramente importante	4 (36,4)	7 (63,6)	
Conhecimento sobre viagens e negócios que contribuem para a disseminação de doenças transmissíveis			
Nada importante	0 (0)	0 (0)	0,86
Mais ou menos importante	9 (42,9)	12 (57,1)	
Neutro	9 (33,3)	18 (66,7)	
Importante	27 (45,8)	32 (54,2)	
Muito importante	15 (45,8)	20 (57,1)	
Extramente importante	7 (38,9)	11 (61,1)	
Relação entre saúde e determinantes sociais da saúde e como os determinantes sociais variam entre as regiões do mundo			
Nada importante	0 (0)	0 (0)	0,03
Mais ou menos importante	3 (7,5)	1 (2,5)	
Neutro	5 (62,5)	3 (37,5)	
Importante	28 (53,8)	24 (46,2)	
Muito importante	17 (32,7)	35 (67,3)	
Extramente importante	15 (31,3)	33 (68,8)	
Relação entre água potável, saneamento e nutrição nos indivíduos e nas populações			
Nada importante	2 (5,0)	2 (5,0)	0,03
Mais ou menos importante	4 (4,0)	6 (6,0)	
Neutro	5 (55,6)	4 (44,4)	
Importante	18 (36)	32 (64)	
Muito importante	9 (20,9)	34 (79,1)	
Extramente importante	30 (62,5)	18 (37,5)	
Entendimento sobre a relação entre saúde e direitos humanos			
Nada importante	1 (5,0)	1 (5,0)	0,28
Mais ou menos importante	2 (6,7)	1 (3,3)	
Neutro	4 (5,0)	4 (5,0)	
Importante	18 (43,9)	23 (56,1)	
Muito importante	14 (27,5)	37 (72,5)	
Extramente importante	29 (47,5)	32 (52,5)	
Conhecimento sobre como as instituições de saúde (ex.: OMS, outras instituições das Nações Unidas e instituições globais) influenciam na saúde em diferentes regiões do mundo através de financiamentos e políticas			
Nada importante	1 (3,3)	2 (6,7)	0,74
Mais ou menos importante	2 (5,0)	2 (5,0)	
Neutro	6 (54,5)	5 (45,5)	
Importante	24 (46,2)	28 (53,8)	
Muito importante	22 (35,5)	40 (64,5)	
Extramente importante	12 (36,4)	21 (63,6)	

Tanto os estudantes de fisioterapia como os de terapia ocupacional (um total de 25 alunos) sugeriram outros temas que são importantes para se apoiar na saúde global e incluíram: 1) “Compreender as diferentes estruturas de cuidados de saúde ao redor do mundo”; 2) “O acesso a serviços adequados de saúde nos países de baixa renda”; 3) “As percepções culturais de deficiência, trabalho e saúde”; 4) “Questões de saúde global e os determinantes sociais da saúde”; 5) “Barreiras de linguagem e comunicação eficaz”;

6) “Experiências, choque cultural, potenciais de jovens imigrantes, estereótipos de países com base na religião, conhecimento sobre os efeitos que a política tem sobre a saúde em certos países do mundo”; 7) “O impacto das mudanças climáticas sobre a saúde das pessoas de classes socioeconômicas baixas”; 8) “Formação específica em torno dos povos indígenas e os efeitos que o seu estilo de vida tem em termos físico, psicológico e emocional”; e 9) “Objetivos de desenvolvimento do milênio da OMS”.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou várias oportunidades de conhecimento e habilidades relevantes para a equidade na saúde e na saúde global de alunos de fisioterapia e terapia ocupacional. Estas necessidades se sobrepõem com outros profissionais de saúde, mas diferem entre as profissões e sugerem a necessidade de priorização tanto interprofissional quanto interdisciplinar para a educação em termos de relevância política. No geral, os estudantes de terapia ocupacional e fisioterapia demonstraram competências limitadas na área da saúde global. Poucos itens receberam pontuação acima de 60%.

A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino, falava duas línguas e vinha de famílias com alto nível socioeconômico. O perfil sociodemográfico dos estudantes é um componente importante para o cuidado eficaz no contexto da saúde global. O recente relatório da Comissão sobre a Educação de Profissionais de Saúde para o século XXI refere que em muitos países as competências dos alunos de pós-graduação não podem ser alinhadas com os novos desafios e a diversidade social, linguística e étnica das populações²². Neste estudo, os achados confirmam os resultados do relatório da comissão recente que indica que os estudantes de saúde admitidos em programas de saúde vêm de altas classes sociais e grupos étnicos dominantes²².

Quanto ao sexo, os resultados foram consistentes com os estudos de Peplau Cockrell²³⁻²⁴, nos quais há um predomínio do sexo feminino em programas de saúde. Além disso, o relatório do Instituto Canadense de Informação em Saúde (CIHI), no ano de 2009, também descobriu que os terapeutas ocupacionais tiveram uma proporção maior de mulheres no mercado de trabalho (92,0%) em comparação com várias outras profissões de saúde, como fisioterapeutas (78,0%), farmacêuticos (59,2%) e médicos (34,7%)²⁵. Esta evidência confirma que as mulheres dominam a força de trabalho de fisioterapia e terapia ocupacional em todas as províncias do Canadá²⁵.

O equilíbrio de gênero nos sistemas de saúde é altamente recomendado, já que um desequilíbrio entre os sexos é um grande obstáculo para o acesso aos cuidados de saúde²⁶⁻²⁷. Há uma extensa literatura sobre “feminização” dos trabalhadores de saúde e alta concentração de mulheres em profissões de saúde. Esta tendência está diretamente relacionada à globalização e tem consequências para a saúde global. Essa feminização pode trazer muitas consequências nos sistemas de saúde, como a localização geográfica e horas de trabalho. Profissionais do sexo feminino são mais propensos a trabalharem em áreas urbanas, em vez de áreas rurais²⁸. Globalmente, cerca de metade da população vive em áreas rurais e, de acordo com a OMS, a escassez de profissional de

*Neste estudo,
quase metade
dos estudantes
de fisioterapia
afirmou que eles
são capazes de
falar pelo menos
duas línguas...*

saúde no mercado de trabalho em áreas rurais é um problema mundial que afeta quase todos os países²⁹. A OMS também recomenda políticas de admissão para matricular os alunos com um fundo rural a fim de aumentar a probabilidade de esses alunos desenvolverem sua prática em áreas rurais²⁹. Além disso, uma série de estudos tem documentado que as mulheres trabalham menos horas na sua carreira profissional do que os homens³⁰.

Neste estudo, quase metade dos estudantes de fisioterapia afirmou que eles são capazes de falar pelo menos duas línguas, enquanto metade dos participantes de terapia ocupacional informou que eles só são capazes de falar uma língua. Além disso, mais de 60% dos estudantes de fisioterapia relataram autoconfiança relacionada com as barreiras linguísticas e seu impacto negativo na saúde e nos cuidados de saúde. Segundo a literatura, uma das barreiras aos serviços de saúde eficazes é a linguagem³¹⁻³². Conhecimentos e habilidades multilinguísticas ajudam os profissionais de saúde no desenvolvimento de um atendimento eficaz para seus clientes. Este achado é compatível com uma pesquisa similar sobre autopercepção de conhecimento dos médicos residentes em medicina da família dos Estados Unidos relacionados com temas sobre população carente (*Wieland Survey*), em que 61,0% relataram ter confiança neste tópico³³. Do ponto de vista do prestador de serviços, a língua pode ser uma barreira para os profissionais de saúde na compreensão das informações e crenças sobre a saúde dos pacientes e tratamento visando respeitar as diferenças ou incongruências nos valores dos pacientes, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais³⁴. Por outro lado, o resultado deste estudo em relação à confiança na “relação entre renda e saúde” difere do estudo *Wieland*. Mais de 70% dos estudantes de terapia ocupacional avaliaram-se confiante na “relação entre renda e saúde”, enquanto 57,4% dos médicos residentes de medicina da família norte-americanos relataram confiança no tópico. Acreditamos que esta diferença está associada com o principal papel dos terapeutas ocupacionais. A profissão de terapia ocupacional em si tem um papel crucial na formação e aconselhamento

sobre o desempenho profissional, incluindo o autocuidado, atividades produtivas e de lazer²⁷. As suas intervenções são também muito eficazes para reduzir os custos pessoais e sociais de acidentes de trabalho, bem como reduzir a duração de tratamento de incapacidades relacionadas ao trabalho²⁷. Assim, o conhecimento em “relação entre renda e saúde” é uma competência fundamental para terapeutas ocupacionais em todas as configurações e, portanto, a sua confiança nesta área não é surpreendente.

Os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional declararam menor confiança em “acesso aos cuidados de saúde para as nações de baixa renda”, “mecanismos de disparidades raciais e étnicas existentes” e “os estereótipos raciais e tomadas de decisões clínicas”. Para estes temas, os resultados foram semelhantes aos da pesquisa com residentes dos Estados Unidos (EUA), onde todos eles alcançaram menos de 50%³³. O nível socioeconômico e as disparidades raciais são determinantes fundamentais para resultados de saúde³⁵⁻³⁶ e são extremamente importantes para o trabalho com uma perspectiva global de saúde.

No geral, os alunos de ambos os programas relataram menos habilidade em “atividades relacionadas à saúde global”. Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais precisam ter conhecimento e habilidades em saúde global, além de sua formação profissional do núcleo, para lidar com a carga global de doenças e deficiências neste mundo multicultural do século XXI. A complexidade do trabalho em saúde global exige que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais tenham não só as habilidades clínicas e de reabilitação mas também habilidade e conhecimento sobre a epidemiologia, sociologia, saúde da população, geografia, leis/direito e outras disciplinas. Estas disciplinas são fundamentais para trabalhar em parceria com organizações governamentais e não governamentais.

Outro ponto de destaque é que, neste mundo globalizado, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas devem construir confiança para atender à demanda e qualidade nos cuidados de cidadãos internacionais de todo o mundo, incluindo imigrantes e refugiados, pessoas com deficiência, vítimas de guerras e de doenças infecciosas a fim de prestar serviços equitativos. Além disso, todos os desafios da saúde global chegarão a “bater na porta” de todos os profissionais de saúde, onde quer que trabalhem em diferentes setores de configurações, tais como clínicas, centros de reabilitação, centro de saúde da comunidade ou em hospitais.

Pontos fortes e limitações do estudo

Este estudo começa a colmatar as lacunas de conhecimentos importantes que apareceram na literatura de saúde global e fornece alguns elementos de saúde global

Os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional declararam menor confiança em “acesso aos cuidados de saúde para as nações de baixa renda”, “mecanismos de disparidades raciais e étnicas existentes”...

relevantes para as disciplinas de fisioterapia e terapia ocupacional. Este trabalho também destaca como os futuros estudantes destas disciplinas podem responder às necessidades crescentes de saúde global de forma eficaz e equitativa. Embora os resultados apresentados sejam importantes, eles devem ser interpretados com cautela e não devem ser generalizados para todas as populações devido ao pequeno tamanho da amostra e a taxa de resposta limitada. Foram utilizadas várias estratégias para melhorar a taxa de resposta, tais como *e-mail* e/ou telefonema e comunicações com coordenadores e/ou responsáveis pelos programas de saúde nas cinco universidades em Ontário, Canadá, a fim de envolvê-los na pesquisa. Dois lembretes para a participação da pesquisa foram enviados aos estudantes dentro de intervalos de duas semanas. Infelizmente, essas estratégias não foram suficientes para minimizar a baixa taxa de resposta já esperada. Outra limitação do estudo foi a disponibilidade da pesquisa apenas em Inglês. Alguns programas de saúde são oferecidos apenas em francês e ainda que fosse enviado um convite por *e-mail* aos participantes em francês não seria suficiente para motivar os estudantes de língua francesa a participar da pesquisa.

Implicações para pesquisas futuras

Novas áreas de investigação incluem o seguinte:

- Avaliação de competências globais de saúde com os estudantes francófonos no Canadá usando uma versão francesa da pesquisa e, também, internacionalmente em outras línguas;
- O uso de métodos qualitativos e quantitativos para avaliar a necessidade de aprendizagem dos alunos em relação ao conhecimento, habilidades e atitudes sobre a saúde global;
- Avaliar a gama de questões que se relaciona com a saúde global que afeta a prática do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional nos contextos locais/ internacionais.

Considerações sobre ação de mudanças

Com base nos resultados e na literatura atual, as considerações de ação objetivando melhorar a educação em saúde global para estudantes de reabilitação incluem:

- implementação e construção de programas interdisciplinares com inclusão de saúde global nos currículos e programas com supervisão de tutores, por exemplo, o programa *on-line* de acesso aberto e interdisciplinar sobre refugiados e saúde global³⁷ e programa de monitoramento de estudantes da sociedade canadense de saúde internacional (<http://www.csih.org/en/about/job-opportunities/mentornet/>);

- considerar políticas-chaves de admissão para recrutar estudantes de diferentes origens, etnias, língua e condições socioeconômicas, pois há evidência de que a diversidade da força de trabalho pode levar a maior equidade de cuidados de saúde³⁸;

- proporcionar oportunidades de formação e estágio em saúde global no exterior, participação em seminários e workshops que poderiam melhorar conhecimentos e competências linguísticas relevantes para a saúde global dos alunos.

CONCLUSÃO

Este trabalho amplia a compreensão do conhecimento e as habilidades que os estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional necessitam para serem mais eficientes na prestação de cuidados de saúde justo e equitativo. Além disso, o presente trabalho fornece um convite para educadores de fisioterapia e terapia ocupacional e, também, alunos a se envolverem mais em iniciativas referentes à saúde global de modo interdisciplinar. Neste século globalizado, é essencial que todos os profissionais de saúde saibam lidar com os determinantes da saúde (fatores socioeconômicos, ambientais e políticos) e desenvolver competências para trabalhar com outras disciplinas, assim como interconectar globalmente a fim de ajudar a reduzir as desigualdades

*Neste século
globalizado, é
essencial que todos
os profissionais de
saúde saibam lidar
com os determinantes
da saúde (fatores
socioeconômicos,
ambientais e políticos).*

na saúde. Portanto, a melhoria do conhecimento da saúde global e as competências dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais sobre a saúde global não é apenas essencial para o atendimento às populações socialmente desfavorecidas e nos níveis locais mas também para desempenhar papéis de liderança no campo da saúde global interdisciplinar.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pelos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde (CIHR) como parte do Doutorado Award pesquisa Outono de 2009, anúncio de prioridade na área de cuidados de saúde primários (Convenção de subvenção n° 216158-200910DPC-DRB-CECA-187516).

REFERÊNCIAS

1. Veras M, Pottie K, Cameron D, Welch V, Ramsay T, Tugwell P. Assessing and comparing global health competencies in rehabilitation students. *Rehabilitation Research and Practice* 2013; 1-9.
2. Labonte R, Schrecker T, On behalf of the Globalization Knowledge Network. Globalization and social determinants of health: Analytic and strategic review paper. 2005 Aug (Accessed on 2010 May 20). Available at: http://www.who.int/social_determinants/resources/globalization.pdf
3. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2007.
4. Veras M, Souza LMFd. Measurement and analysis to approach inequalities and build accountability on health policies in Brazil. *Sanare* 2011; 10(2):19-27.
5. Huynen MMTE, Martens P, Hilderink HBM. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health* 2005; 1:1-12.
6. Skolnik RL. *Essentials of global health*. Jones & Bartlett Publishers; 2008.
7. Pan American Health Organization. Earthquake in Haiti: PAHO/WHO situation report on health activities post earthquake. PAHO Washington, DC; 2010 May (Accessed on 2010 Nov 23). Available at: <http://www.who.int/hac/crises/hti/en/>
8. Landry MD, Singh CS, Carnie L, Stephenson F, Hill A, Hill C. Spinal cord injury rehabilitation in post-earthquake Haiti: the critical role for non-governmental organisations. *Physiotherapy* 2010; 96(4):267-68.
9. Ramsey AH, Hag C, Gjerde CL, Rothenberg D. Career influence of an international health experience during medical school. *Fam Med* 2004; 36:412-16.

10. University of Ottawa.School of Rehabilitation Sciences. International Stream (Accessed on 2011 Aug 29). Available at:<http://www.health.uottawa.ca/sr/international/intro.htm>
11. McMaster University. Faculty of Health Sciences, Global Health Office (GHO) (Accessed on 2011 Aug 29). Available at: <http://fhs.mcmaster.ca/globalhealthoffice/>
12. International Centre for Disability and Rehabilitation. Report of the "Meeting of the Minds" Research on International Clinical Education (Accessed on 2011 Aug 20). Available at: http://www.internationalhealthinitiatives.com/uploads/5/5/8/6/5586696/ihl_-_icdr_meetings_of_the_minds.pdf
13. Penny N, Zulianello R, Dreise M, Steenbeek M. Community-based rehabilitation and orthopaedic surgery for children with motor impairment in an African context. *Disabil Rehabil* 2007; 29(11-12):839-43.
14. World Confederation for Physical Therapy. Global Health (Accessed on 2010 Nov 24). Available at: <http://www.wcpt.org/health>
15. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). President's message (Accessed on 2013 Feb 11). Available at: <http://www.wfot.org/aboutus/presidentsmessage.aspx>
16. Drainoni ML, Lee-Hood E, Tobias C, Bashman SS, Andrew J, Maisels L. Cross-Disability Experiences of Barriers to Health-Care Access. *Journal of Disability Policy Studies* 2006; 17(2):100-15.
17. Wieland ML, Beckman TJ, Cha SS, Beebe TJ, McDonald FS. Resident physicians' knowledge of underserved patients: A multi-institutional survey. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(8):728-33.
18. Augustincic LP. Global Health Competency Skills: A Self-assessment for Medical Students. MSc Dissertation 2011;University of Ottawa.
19. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005.
20. Veras M, Pottie K, Welch V et al. Reliability and Validity of a New Survey to Assess Global Health Competencies of Health Professionals. *Global Journal of Health Science* 2013; 5(1).
21. Veras M, Pottie K, Ramsay T, Welch V, Tugwell P. How do Ontario Family Medicine Residents Perform on Global Health Competencies? A Multi-Insitutional Survey. *Canadian Medical Education Journal* 2013; 4(2).
22. Frenk J, Chen L, Bhutta Z et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen the health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; 376:1923-58.
23. Cockrell EDS. prenursing students' perceptions of the nursing profession. A Thesis. Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College. Northwestern State University 2002.
24. Peplau HE. Nurse-doctor relationships. *Nursing Forum* 1999; 5(60):75.
25. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Physiotherapists in Canada Report 2009 (Accessed on 2012 Dec 21). Available at: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/INFO_PT_09NOV10_PDF_EN
26. Knaul F, Frenk J, Aguilar A. The gender composition of the medical profession in Mexico: implications for employment patterns and physician labor supply. *J Am Med Womens Assoc.* 2000; 55(1):32-5.
27. Restall G, Leclair L, Fricke M. Integration of occupational therapy and physiotherapy services in primary health care in Winnipeg. University of Manitoba; 2005.
28. Doescher M, Ellsbury K, Hart L. The distribution of rural female generalist physicians in the United States. Department of Family Medicine, University of Washington, Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet 1998; 15(93).
29. World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations (Accessed on 2010 Dec 20). Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf
30. Jacobson CC, Nguyen J, Kimball A. Gender and Parenting Significantly Affect Work Hours of Recent ematology Program Graduates. *Arch Dermatology* 2004; 140(2):191-96.
31. Pottie K, Spitzer D, Mohammed A, Glazier R. Language proficiency, gender and self-reported health: An analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *Canadian Journal of Public Health* 2008; 99(6):505-10.
32. NGE, Pottie K, Spitzer D. Official language proficiency and self-reported health among immigrants to Canada. Statistics Canada, Catalogue no 82-003-XPE- Health Reports 2011; 22(4).
33. Wieland M, Beckman T, Cha S, Beebe T, McDonald F. Resident physicians' knowledge of underserved patients: A multi-institutional survey. *Mayo Clin Proc* 2010; 85:728-33.
34. Yeo S. Language barriers and access to care. *Annual Review of Nursing Research* 2004; 22(1):59-73.
35. Subramanian SV, Kawachi I. Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far? *Epidemiol Rev* 2004; 26(1):78-91.

36. LaVeist TA, Lebrun LA. Cross-country comparisons of racial/ethnic inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(1):7.

37. Pottie K. Open access e-learning: Refugee and Global Health e-Learning Program (Accessed on 2013 Feb 16). Available at: <http://chec-cesc.afmc.ca/blog/open-access-e-learning-refugee-and-global-health-e-learning-program>

38. U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions. The Rationale for Diversity in the Health Professions: A Review of the Evidence. 2006 Oct (Accessed on 2013 Feb 28). Available at: <http://bhprhhs.gov/healthworkforce/reports/diversityreviewevidence.pdf>

Recebido em 06/05/2014. Aprovado em 09/07/2014