

CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO FISIOTERAPEUTA

Caution the elderly in primary care: education practice in health physical therapist

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Com o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento humano é uma realidade cada vez mais presente no mundo atual e necessitamos de investimentos para lidar com tal contexto. Essa pesquisa teve como objetivo avaliar e propor estratégias de intervenção a partir da reflexão sobre o processo de educação em saúde no cuidado individual ao idoso realizado pelos fisioterapeutas no Serviço de Atenção Básica. **Métodos:** Abordagem qualitativa exploratória, realizada no cenário da Atenção Básica com 14 fisioterapeutas, desenvolvida em dois momentos. No primeiro, os dados foram coletados por meio de um grupo focal e entrevista semiestruturada e na segunda fase, houve a realização de uma Oficina de trabalho, com validação dos dados e reflexão para reconstrução da prática profissional. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** Observamos uma prática no cuidado e na educação em saúde ao idoso fragmentada e integral a depender do cenário. Após reflexão na oficina, os profissionais construíram propostas de mudanças e intervenção. **Conclusão:** Consideramos que o fisioterapeuta ainda enfrenta grandes desafios para compreender seu papel na Atenção Básica, demonstrando limitações no processo de formação e por meio das propostas construídas na oficina, demonstram que os espaços para educação permanente devem ser considerados ambientes importantes para fomentar reflexões e possibilidades de transformações, com a nítida intenção de melhorar a qualidade de atendimento aos usuários bem como a transformação do processo de trabalho.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Saúde do Idoso; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: With increased life expectancy, human aging is a reality more and more present in the world today and we need investments to handle such a context. This research aimed to evaluate and propose intervention strategies from the reflection on the health education process in individual elderly care performed by physiotherapists in primary care service. **Methods:** A qualitative approach, performed in the setting of Primary with 14 physiotherapists, developed in two stages. In the first, data were collected through a focus group and semi-structured interviews and in the second phase, there was the realization of a work Workshop, with data validation and reflection for reconstruction of professional practice. Data were analyzed through content analysis, thematic modality. **Results:** We observed a practice in the care and health education to the elderly fragmented and full depending on the scenario. After reflection in the workshop, professionals built proposals for change and intervention. **Conclusion:** We consider that the physical therapist still faces major challenges to understand their role in primary care, demonstrating limitations in training and through the proposals built in the workshop process, show that the spaces for permanent education should be considered important environments for promoting ideas and possibilities transformations, with the clear intention of improving the quality of service to users as well as the transformation of the work process.

Descriptors: Primary Health Care; Physical Therapy Specialty; Aged. Health Education.

Ana Carolina Ferreira Tsunoda
Del Antonio⁽¹⁾
Silvia Franco da Rocha
Tonhom⁽²⁾
Mara Quaglio Chirelli⁽²⁾

1) Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP - Jacarezinho (PR) - Brasil

2) Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA - Marília (SP) - Brasil

Este artigo seguiu as normas e formatação estabelecidas pelo 5º CIAIQ - Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo pelo qual o homem está sujeito a passar, e com isso tem a incumbência de aprender a lidar com suas consequências. A Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê que no período compreendido entre 1950 à 2025, a população de idosos deverá aumentar em quinze vezes, enquanto a população total em cinco, sendo que até 2025 o Brasil alcançará cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Tal aumento populacional de idosos no país implicará fortemente em mudanças nas políticas sociais, particularmente, nas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social⁽¹⁾.

O envelhecimento traz consigo diversas alterações ao homem, dentre elas pode-se citar as psicológicas, físicas e emocionais aumentando assim a necessidade de atenção à saúde destes. Com o objetivo de suportar a nova demanda, em 1996 foi regulamentada a Política Nacional do Idoso (PNI)⁽²⁾. Posteriormente a Portaria Ministerial n.º 1.395 de 1999, anuncia a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS) relacionados ao tema elaborem ou readéquem os projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidade nela estabelecidas⁽³⁾.

Os principais objetivos da PNSPI incluem a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. São considerados público alvo todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais⁽⁴⁾.

Enquanto o próprio sistema de saúde, em nível organizacional necessita se adaptar à inversão da pirâmide populacional, com o aumento do número de idosos no Brasil, os profissionais atuantes neste sistema também são influenciados a se transformar para melhor atender esta população. Inclui-se neste aspecto, todos os profissionais com relação direta com os idosos como médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e especialmente fisioterapeutas^(1,3).

O fisioterapeuta dentro deste cenário possui uma atuação muito recente na história de sua profissão, tanto no Brasil quanto em outros países. E sua atuação efetiva vem sendo destacada por diversos pesquisadores, como no Canadá, onde a atuação deste profissional nos cuidados primários à saúde trouxe benefícios ao sistema de saúde, aumento do nível de satisfação dos usuários, diminuição do tempo na lista de espera para consultas, além da melhora na qualidade de vida⁽⁵⁾. No Brasil, somente em meados de 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando o plenário aprovou a composição da equipe multiprofissional, incluiu-se o fisioterapeuta como apoio às

equipes de Saúde da Família. Entretanto, no ano seguinte, em 2004, este profissional teve sua inserção definitiva nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A atuação deste profissional no campo da Atenção Básica tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos conhecimentos, essenciais a uma melhor intervenção nesse nível de atenção à saúde, corroborando com os princípios e diretrizes sinalizados como desejáveis para a construção de uma política de saúde efetiva⁽⁶⁾.

Nesta direção, há um movimento de se reconstruir o modelo de atenção à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), Humaniza SUS, entre outras estratégias, pautados nos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Na perspectiva da integralidade busca-se a construção adequada do cuidado aconteça, na qual os profissionais da saúde considerem os princípios básicos de escutar, ver e tocar mais. Observando que por meio desta atitude, já se está fazendo diferente. Entretanto, é necessário ser mais radical quando se almeja o cuidado, onde o próprio usuário e a comunidade devem se reconfigurar buscando também efetivar suas práticas, compreendendo a maneira de como deve ocorrer sua vida e saúde no cotidiano^(6,7).

Buscando desenvolver estas práticas do cuidado, há a necessidade da clínica do sujeito e para que isto ocorra, a educação em saúde é uma ferramenta importante para a construção de um cuidado integral e autônomo.

A educação em saúde é um processo dinâmico, onde se espera que os sujeitos a considerem como um valor, incentivando a boa utilização dos serviços, além de estimulá-los a conseguirem seu acesso por meio de suas próprias ações⁽⁸⁾.

Grandes et al, destaca que a educação em saúde concentra-se em estratégias destinadas a aumentar o conhecimento, a motivação além de habilidades para a mudança de comportamento do sujeito, com o intuito de melhorar a saúde deste, em todos os aspectos, físico, social e ambiental⁽⁹⁾.

Sabe-se que uma das maneiras de proporcionar qualidade ao atendimento na Atenção Básica (AB) é por meio da educação em saúde, que é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma qualidade de vida melhor e as projeções e estimativas em oferecer programas de saúde mais eficientes⁽¹⁾.

Como parte deste cenário, buscando reforçar os pilares da AB e dando suporte principalmente às equipes da ESF, em 2008, foi instituído os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes núcleos, buscam a ampliação da assistência prestada à população, principalmente aos idosos, suprindo necessidades que não conseguem ser absorvidas pelas equipes ESF, ressaltando que o fisioterapeuta, na condição

de integrante de uma equipe NASF, deve apresentar uma atuação ampliada, com ações entre os idosos, que incluam promoção de conscientização da população para mudança do enfoque de tratamento, realização de atendimento individual dentro da unidade ou à domicílio, dentre outras ações que melhorem a qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Portanto, a presente pesquisa torna-se importante no sentido de investigarmos como essa atuação recente do fisioterapeuta ocorre na ESF como nas demais unidades da AB, além de explorarmos os diversos aspectos frente a sua prática profissional relacionada à educação em saúde e o cuidado com os idosos.

Deste modo, questionamos como ocorre o processo de atuação do fisioterapeuta na prática com o idoso na AB? Como ocorre a educação em saúde no cuidado realizado pelo fisioterapeuta ao idoso?

O objetivo geral deste estudo foi avaliar e propor estratégias de intervenção a partir da reflexão sobre o processo de educação em saúde no cuidado individual ao idoso realizado pelos fisioterapeutas no Serviço de Atenção Básica.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, exploratória, que busca entender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, além de compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como no dos movimentos sociais e finalmente, avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formação e aplicação técnica⁽¹¹⁾.

A investigação foi desenvolvida em Unidades do Serviço de Atenção Básica à Saúde de um município do interior paulista que conta com 23 fisioterapeutas distribuídos da seguinte maneira: Unidade Municipal de Fisioterapia (12 fisioterapeutas), Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) – um fisioterapeuta, Centro Estadual e Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – dois fisioterapeutas, e quatro equipes NASF divididas em quatro regiões (norte, sul, leste e oeste) – sete fisioterapeutas⁽¹²⁾. Todas as unidades com participação de fisioterapeutas foram contempladas.

Para a seleção dos participantes foi utilizada uma amostra intencional, na qual consideramos como critérios de inclusão ser fisioterapeuta em um dos serviços da AB do município da pesquisa por pelo menos 6 (seis) meses e contemplar todas as áreas que os serviços da AB dispõe e que os fisioterapeutas atuam, sendo constituído dois grupos: grupo 1 teve a composição de dois fisioterapeutas da Unidade Municipal de Fisioterapia, considerando as áreas de atuação neste serviço; um do CEREST e um do PROIID

e o Grupo 2 foi constituído por cinco profissionais do NASF, conforme a inserção destes nas regiões de saúde no município, totalizando, inicialmente, 9 sujeitos na pesquisa.

A coleta de dados foi dividida em duas fases. Na primeira fase tivemos a realização de grupo focal (GF) que consiste em uma técnica derivada das entrevistas grupais, que se baseia na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um determinado tópico a partir de critérios pré-determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação^(13,14).

Na segunda etapa, foi realizada com os dois grupos a “oficina de produção de conhecimento e resolução de problemas”, que teve como objetivo “Validar os dados da 1ª fase, refletir sobre a prática do fisioterapeuta na AB no cuidado aos idosos nas equipes de Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Unidade Municipal de Fisioterapia, a partir do referencial da clínica ampliada e construir estratégias de intervenção a partir desta reflexão sobre os dados apresentados”.

As oficinas de produção de conhecimento e resolução de problemas são espaços em que dialogicamente se ensina, se aprende, se socializa e se constrói conhecimento numa relação fecunda entre o pesquisador e os sujeitos do campo da prática. Nas oficinas, o pesquisador se apresenta como facilitador do processo de reflexão sobre a prática, que dá sustentação para a construção do conhecimento. São construídas partindo do princípio de atitudes que privilegiem a criação coletiva, além da construção de um material, que responde as interrogações dos pesquisadores⁽¹⁵⁾.

Na fase 1, os profissionais foram convidados a participar de um grupo focal, onde após vários contatos prévios com o Grupo 1, por incompatibilidade de agendas e pouca adesão dos profissionais o grupo focal foi realizado com quatro fisioterapeutas. Para este momento, utilizamos um roteiro previamente preparado e adequado conforme as necessidades observadas no piloto, que continham questões norteadoras, quanto à prática dos profissionais para o cuidado e a educação em saúde ao idoso.

Observamos que durante a coleta do dado houve participação efetiva dos integrantes que compareceram, ocorrendo envolvimento com a atividade e o conteúdo a ser discutido. Neste momento, a realização do diário de campo foi essencial para que pudéssemos observar e compreender as reações e características dos participantes do grupo. Portanto, o diário de campo é um caderno de notas, em que o observador, vai anotando o que observa. Nele devem ser escritas impressões pessoais que se modificam com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados,

dentre outros aspectos, o que favorece a qualidade e a profundidade das análises⁽¹⁴⁾.

Com o Grupo 2 após contatos prévios, e incompatibilidade de agendas, foi necessário realizar a técnica de entrevista semi-estruturada⁽¹¹⁾, contando com a participação de cinco fisioterapeutas, sendo utilizado o mesmo roteiro com o grupo 1 no grupo focal.

Na fase 2 observamos claramente maior adesão dos profissionais à nossa pesquisa. No Grupo 1 contamos com oito participantes, e no Grupo 2 com seis, momento em que chegamos à elaboração das propostas de intervenção, produtos desta pesquisa.

Para a análise dos dados a opção foi a análise de conteúdo, modalidade temática que desdobra-se em três etapas, sendo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. A pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, sendo que, cabe ao investigador questionar-se sobre as relações entre as etapas realizadas, construindo alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Esta fase pode ser segmentada em três tarefas, sendo leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, que juntos compõem a essência da primeira fase da análise temática⁽¹¹⁾.

A segunda etapa é baseada na exploração do material, por meio da identificação e exploração das categorias que são palavras ou expressões significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado^(11,15).

A terceira etapa está concentrada no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação de seus dados. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material^(11,16).

Por fim, consideramos que tal análise nos permitirá ampliar a compreensão dos contextos, as potencialidades, as dificuldades e os processos de formação dos profissionais em questão, para realizar as práticas da educação e cuidado em saúde na Atenção Básica junto à pessoa idosa⁽¹²⁾.

Na apresentação dos dados, para garantir o sigilo, os sujeitos do grupo 1 foram identificados pela inicial deste agrupamento de setores sendo nominados por F1PUMC (PROIID, Unidade Municipal e CEREST), F2PUMC, F3PUMC e F4PUMC. Nas entrevistas do Grupo 2, identificamos as falas dos sujeitos como F1NASF, F2NASF, e assim por diante.

Para a apresentação das propostas que surgiram com as oficinas, utilizamos a sigla OT, que indica Oficina de Trabalho.

É importante ressaltar que o projeto foi submetido ao Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) e Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sendo aprovado com o Parecer nº 861.287. (Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, 2013). Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciarmos a coleta dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo 1 foi composto por três fisioterapeutas do gênero masculino e cinco do gênero feminino, sendo que estes realizam a prática profissional na AB num período que varia de 6 à 11 anos.

Já o Grupo 2 foi constituído por um do gênero masculino e cinco do gênero feminino, com atuação na AB num período que varia de 11 meses à 6 anos.

A seguir faremos a apresentação dos temas de acordo com a enunciação dos títulos.

A prática do fisioterapeuta no cuidado individual e a educação em saúde ao idoso

O cuidado individual ao idoso foi abordado em ambos os grupos, demonstrando que existem diferentes maneiras de executá-lo, sofrendo influência de todo o contexto envolvido. O grupo 1, identificou que praticam o cuidado restritos à patologia apresentada pelo paciente.

“O cuidado principal é aquela patologia que ele traz, aí a gente cuida utilizando as técnicas de fisioterapia que a gente tem. (F1PUMC)”

Neste cenário observamos uma prática pautada no modelo biomédico, onde o indivíduo é visto de maneira fragmentada. Um estudo realizado por Valença⁽¹⁷⁾ apontou a urgente necessidade de uma transformação curricular na formação destes profissionais, de modo que esta perpassasse os muros da visão fragmentada e reducionista do indivíduo doente, demonstrando que a ciência do cuidado humano deve ser essencialmente integralizadora, com um forte objetivo de fortalecimento do sistema de saúde público.

Sabe-se que a formação dos profissionais de saúde no Brasil é, atualmente, fundamentada por uma educação uniprofissional, e baseia-se no modelo biomédico. Tal modelo corresponde a uma rede de serviços, gestão e cuidado organizados com a maestria de um médico, o que faz dos demais componentes da equipe coadjuvantes neste cenário. Deste modo, as práticas ficam orientadas de maneira fragmentada, o que por fim, tem grande influência da formação inicial destes profissionais.

Tais considerações tornam-se mais agravantes no que se

trata à formação dos fisioterapeutas, já que a atuação destes profissionais foi considerada como parte do nível terciário de atenção à saúde por longos anos, pois além do fato de estar inserido no contexto trazido acima, possui um desgaste profissional ainda maior, já que é visto como profissional da reabilitação⁽¹⁸⁾.

O cuidado pode ser construído de diversas formas pelos profissionais, tendo diversas nuances, sendo que alguns conseguem se aproximar um pouco mais da pessoa outros necessitam constituir outros caminhos. Nos dois grupos (1 e 2), observamos outras faces da prática do cuidado ao idoso, sendo que o grupo 1 reconhece que realiza o cuidado diferenciado em esporádicas situações. Em ambos os grupos, isso ocorre, percebendo as necessidades do idoso, valorizando seu contexto e incluindo a família. Isso foi confirmado claramente por meio do sorriso durante a fala de dois integrantes do grupo.

“Tem os cuidados que a gente tem que ter pela patologia, talvez pelas limitações do idoso, se o idoso tiver uma limitação, na hora de colocar ele numa determinada posição, a gente tem mais cuidado que com pessoas mais novas que a gente só oriente; vou colocar ela num posicionamento, aí você vem, deita, senta. O idoso a gente vai, a gente ajuda, cuidados assim que eu falo.”(F2PUMC)

O conceito de integralidade surge neste cenário, embora fique claro que os profissionais não possuem clareza a cerca de seu significado. Integralidade surgiu como uma estratégia para as mudanças que tanto são desejadas no sistema de saúde do país, entretanto para alcançá-la é necessário encontrar práticas intersubjetivas, com criação de relações interpessoais entre os sujeitos. Assim, caso exista o desejo de pleitear a integralidade como um todo, deve-se promover ações de saúde que aconteçam em sintonia com o contexto singular de cada relação, com participação e empenho de cada profissional⁽¹⁹⁾.

Para melhor compreender o cuidado, pode-se descrevê-lo em três categorias de trabalho em saúde, sendo: leve, leve dura e dura. Aquela a qual chama-se tecnologia leve, define-se por um processo de trabalho centrado no campo das relações, tratando-se de acolhimento e criação de vínculos, sendo considerada um caminho possível para a qualificação das práticas que são desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde. Já a tecnologia leve dura, refere-se ao conhecimento técnico o qual o profissional dispõe, e a tecnologia dura, trata-se daquela que aborda os equipamentos tecnológicos, como máquinas e normas além de estruturas organizacionais^(20,21).

Observamos a presença de algumas das categorias relacionadas acima, nas atitudes dos profissionais envolvidos nesta pesquisa, nas diversas faces que o cuidado

por eles foi apresentado, dentre estas principalmente a tecnologia dura e leve-dura. Porém, a prática dos profissionais ainda está focada no cuidado centrado e inspirado no modelo biomédico, com tecnologias “duras”, nas técnicas e aparelhos para a realização de exercícios fisioterapêuticos. Alguns deles vem tentando iniciar novas abordagens, mesmo que poucas, mas podendo vivenciar nessas oportunidades novas práticas.

O grupo 2 desenvolve o cuidado considerando as necessidades dos idosos, na perspectiva da integralidade do cuidado, com visão ampliada da saúde e doença da pessoa, família e comunidade, podendo trabalhar com ações de promoção, prevenção e reabilitação, visando a qualidade de vida do idoso. Constrói o cuidado em parceria com outras pessoas, sendo essas profissionais ou familiares, na medida em que necessita que o cuidado seja executado continuamente pelos cuidadores.

“Seria uma condição de saúde, cuidar de uma pessoa na sua integralidade, a gente poderia intervir tanto na parte de promoção de saúde, prevenção e reabilitação. (FINASF)”

“A gente tem sempre o intuito de orientar os cuidadores, porque você só vai conseguir ver esse paciente de novo daqui uns quinze dias, e olhe lá, então não tem como! Você tem que orientar bem para ver se você consegue que o cuidador ajude você, mais orientar tudo, sobre posicionamento, obstáculos físicos, tudo.” (F2NASF)

Realizar um cuidado integral requer um olhar que envolva todos os fatores biopsicossociais que circundam cada sujeito, e pode ser definida, em sentido amplo, como um modo de atuar democrática e de saber fazer saúde integrado. Neste modo de atuar, inclui-se uma relação de compromisso ético e político entre pessoas e instituições, traduzida em ato e reconhecida nas práticas, aquelas consideradas melhores, que valorizam o cuidado com o usuário e consideram-se como sujeito a ser respeitado em suas demandas e necessidades⁽²²⁾.

Na construção das práticas no cuidado integral podemos ficar atentos se estamos exercitando a constituição de sujeitos no processo, sendo esses na articulação das diversas dimensões (promoção, prevenção e reabilitação) e na interação entre o profissional e usuário do sistema de saúde, ou com outros participantes das ações. Dizemos isso em função das relações estabelecidas, que nem sempre podem ser horizontais, por vivermos em uma transição do modelo biomédico. Nas práticas de educação em saúde, ao orientar os profissionais ou familiares sobre as condutas, o fisioterapeuta também necessita se questionar como as tem realizado, se de forma prescritiva ou compartilhada.

Ao realizarem o cuidado, abordamos sobre as práticas da educação em saúde, e os dois grupos apresentam

características distintas no seu processo considerando a sua inserção na AB. O Grupo 1 ao desenvolverem a educação em saúde, realizam-na, principalmente, nas orientações focalizadas nas doenças, buscando corresponsabilizar o paciente quanto a sua melhora.

“A gente falou o termo “orientação”, porque basicamente educar é orientar... Olha, vou te dar isso aqui e você vai fazer... Então o que a gente passa é a orientação, eu acho que na educação podia ter também uma prescrição de alguma coisa, um questionamento, você procura isso! a gente faz o trabalho de formiguinha aqui, orientando um por um ... Olha, artrose é isso, procuro familiarizar ele com a patologia o mais próximo possível, sem muito (termo) técnico, mas tentar deixar ele a par daquilo que ele tem, e realmente podia ser um negócio diferente.” (F1PUMC)

A maneira como se realiza a educação em saúde, é reflexo de como se constitui a prática profissional. Neste cenário identificamos o reflexo da formação hospitalocêntrica, biologicista, fragmentada do fisioterapeuta, bem como a maneira de executar a educação em saúde caracteriza-se pela transmissão de conhecimento de forma verticalizada, sendo o profissional o detentor do saber. Entretanto, o fisioterapeuta e a equipe envolvidos na assistência à saúde do sujeito não podem desprezar o mundo, as vivências, as experiências e a cultura à que o sujeito sofre influências, quando se busca construir o processo de educação em saúde. Isso porque a partir destes aspectos busca-se entender o homem como ser social, que está inserido em um contexto, cujo conteúdo influencia em seu cotidiano⁽²³⁾.

Esta prática de cuidado centrada nos profissionais, tendo como foco somente o que o profissional conhece e determina como plano de cuidado, tem gerado ainda muita desinformação, falta de adesão ao próprio plano de cuidado entre os usuários do sistema de saúde. Isto porque não considera a cultura, os valores, a forma de construir o conhecimento do outro, que também deveria ter sido envolvido desde o início do cuidado.

Para o Grupo 2, a abordagem da educação em saúde com os usuários idosos, acontece a partir do saber do outro.

“Partindo do que ele sabe, partindo do que ele entende sobre determinado assunto, valorizando o que ele traz e tentando refletir com ele, podendo talvez ampliar em alguns aspectos, numa conversa considerando sempre o saber do outro. Acho que a educação em saúde é rotina nossa, porque o NASF é isso, [...] Na família é a mesma coisa, a gente vai fazer uma visita, e a gente leva em consideração o que eles vivem e tentar melhora a rotina deles por exemplo no cuidado do idoso, que eles tiverem dificuldade. No que pra eles é importante, não pra gente.” (F2NASF)

A educação em saúde constituiu um dos alicerces que sustenta a atuação efetiva dos profissionais de saúde envolvidos na atenção primária à saúde, e pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas. Deve tomar como ponto de partida, o que chama-se de teoria da transmissão, a qual parte do pressuposto de que as ideias e conhecimentos são pontos extremamente importantes para esta prática, onde os profissionais de saúde envolvidos devem oferecer espaços para reflexão e compreensão das dificuldades e dúvidas enfrentadas pelo sujeito e sua família, abordando componentes ambientais, físicos, culturais, sociais e econômicos⁽²³⁾.

Na fala do grupo 2 destacou-se ainda a forma de trabalhar a educação em saúde na perspectiva de se ter uma equipe de profissionais para se abordar diversos aspectos do problema de saúde das pessoas.

“Educação não só partindo de um contexto, do paciente ser idoso, do paciente não ser idoso é um contexto é... geral também, interdisciplinar em que a gente acaba avaliando o que o paciente ou a paciente vai estar precisando naquele momento. Se ela tem uma queixa, partindo do princípio da fisioterapia, uma queixa algica em algum lugar, talvez é verificar qual é a origem disso, talvez um processo mais degenerativo, que ela precisa de um encaminhamento para um médico pra ver medicação, pra nutricionista que no caso por exemplo do NASF tem, pra uma atividade física, [...] e depois podemos encaminhar para o educador físico para manter a atividade física e evitar o quadro agudizar novamente[...]” (F5NASF)

Sabe-se que o trabalho de uma equipe NASF é baseado no apoio matricial, entretanto, não se trata de um ambulatório especializado, mas sim, de uma assistência realizada por equipes multiprofissional, e os atendimentos devem funcionar conforme as necessidades de cada região, valorizando em todas as circunstâncias que o trabalho do NASF deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população além de estar mergulhado na perspectiva da integralidade^(24,25).

A abordagem do trabalho em equipe e a forma como constroem as práticas de educação em saúde necessitam ser observadas, no sentido de nos questionarmos se estamos organizando-as de forma integrada, na medida em que os profissionais promovem diálogo entre si para construir os planos de cuidado de forma integrada e integrada ao usuário, e não somente na perspectiva da cultura do encaminhamento das pessoas que estão sendo cuidadas, sem que elas tenham conhecimento do que está acontecendo com elas.

Em linhas gerais percebemos que os fisioterapeutas tem uma prática do cuidado tanto centrada no modelo biomédico, bem como vem buscando possibilidades de

construção de novas práticas do cuidado pautadas na clínica do sujeito, considerando a recente inserção no NASF. Transitam por duas vertentes da educação em saúde com concepções de saúde e doença diferenciadas, trabalhando com o cuidado por meio das orientações transmitidas às pessoas, desconsiderando as suas origens e os conceitos que essa tem. Por outro lado, os fisioterapeutas inseridos no NASF vem buscando a construção de novas práticas pautadas na clínica do sujeito, ao considerar que a pessoa a ser cuidada tem demandas e necessidades, as quais precisam ser incluídas na construção do cuidado.

O trabalho do fisioterapeuta nos cenários da Atenção Básica

Identificou-se que existe indefinição de uma organização do processo de trabalho para o fisioterapeuta na AB, a partir da fala dos participantes, considerando que a gestão não ajudou a organizar as ações desta categoria, suas atribuições, para que houvesse articulação inclusive com outras categorias.

“Se tivesse assistente social integrada com a gente, nossa ia passar muita coisa pra gente.” (FIPUMC)

“Governo após governo, e troca, troca de secretário, não chegou alguém um dia falar olha hoje isso aqui chama Unidade X. Não! Nós colocamos. E aí colocaram uma placa lá, tem até o nome de alguém lá. E se a gente não consegue se situar no nome da unidade que a gente que criou, imagine as atribuições, o direito que a gente tem, os deveres, a gente tenta fazer o melhor possível.” (FIPUMC)

Destacam que há pouca ou nenhuma integração com outros profissionais de outros serviços, não possuindo clareza de suas atribuições dentro do processo interno da instituição. Neste momento, observamos grande desconforto dos participantes do grupo, ao tratar desse tema, com alterações no tom de voz e gesticulação com as mãos durante toda a fala, acompanhado pela concordância com a cabeça do restante dos profissionais.

“Se você acha que é legal ele usar determinado recurso, aí então ele vai entrar com pedido e a prefeitura comprar. Mas isso não vai acontecer. Então, a gente acaba ficando restrito mesmo. A gente nem sabe na verdade se a gente pode ou não, direcionar aquele paciente. Desde o início, eu estou te falando, a gente não pode orientar pra ele fazer uma hidro, porque se não ele não tem, e a rede não tem.” (FIPUMC)

“Não tem integração com a parte social, que dirá com o médico! Eu não sei como funciona, entre a chefia e as UBS, eu jamais posso ligar, eu evito de ligar, -Olha, eu estou com um paciente aqui, que é da unidade de vocês,

perdeu o prontuário. Esquece! Não tem integração e pronto! [...] O que é certo, o que é errado? Não sei. Na dívida, não faz! Porque se acontecer alguma coisa eu não tenho respaldo nenhum!” (FIPUMC)

“[...]a dificuldade de interação acontece dentro do próprio serviço.” (F3PUMC)

Diversos fatores influenciam nas práticas profissionais, sejam elas restritas ou ampliadas. Muitas vezes, os profissionais sentem-se frustrados, pois mesmo sabendo que existem possibilidades de um cuidado específico, que traria benefícios e melhorariam a qualidade de vida do sujeito, infelizmente acabam encontrando pelos caminhos obstáculos que os impedem de fornecer tal atenção, como, por exemplo, a organização do processo de trabalho, a fadiga do profissional, e questões burocráticas da instituição fornecedora do cuidado⁽¹⁹⁾.

Em vista da reorganização do atual cenário de saúde, surgiram o que chamamos de arranjos organizacionais de ações e serviços de saúde, as chamadas RAS (Redes de Atenção à Saúde), que possuem o grande objetivo da integralidade do cuidado. Entretanto, a implementação das RAS enfrente desafios, mas aponta para uma transformação nos sistema de saúde, contribuindo para uma efetivação dos princípios do SUS. Para que estes objetivos sejam alcançados, deve-se levar em consideração o empenho de todos os profissionais envolvidos, além da valorização desta nova proposta para a gestão do sistema de saúde⁽²⁶⁾.

Os profissionais destacaram, que tem alguns impedimentos para conduzirem suas práticas com efetividade, na medida em que questionam como realizar o cuidado de acordo com as diretrizes do profissional fisioterapeuta no SUS, sendo que observamos tamanho desconforto dos profissionais participantes e ansiedade em tratar deste tópico.

“Eu não posso pedir, por exemplo, uma ressonância magnética, um exame de imagem, no SUS eu não posso fazer isso, porque eu posso levar um processo.” (F4PUMC)

De acordo com o art. 2º, da Resolução COFFITO n.º 80/87, artigo em que reconhece a competência do profissional da fisioterapia para solicitação de laudos técnicos e exames complementares, a fim de lhe proporcionar condições de avaliação sistemática do paciente, e de reajustes ou alterações das condutas terapêuticas empregadas, adequando-as quando necessário. Fato este, que conforme o relato acima descrito, não acontece na prática⁽²⁷⁾.

Identificam que nem sempre há compromisso com o usuário e integração entre os profissionais e os serviços de saúde para construir o plano de cuidado, estabelecendo

minimamente um processo de comunicação horizontalizado para se constituir um cuidado integral.

“O fisioterapeuta dentro do SUS ele não pode, prescrever órtese. Tem que ser o médico. E aí a gente joga pro médico, e o médico fala que não. Então fica esse vai e volta. “-Olha você necessita.” Porque ele pode entrar na justiça contra a prefeitura e pode vir a cair em cima de nós. Então é complicado trabalhar. Muitos lugares a gente tem um médico interessado, outros, ele vai olhar pra paciente e vai me mandar uma cartinha, escrito: Paciente reavaliado, mantém-se tratamento. [...]e essa realidade é bem melhor em PSF, se você for numa UBS você esquece, médico que está lá ele não vai nem atender o telefone pra conversar com o fisioterapeuta.” (F3 PUMC)

Segundo a portaria SAS/MS nº 661, de 02 de dezembro de 2010, o SUS reconhece a competência do fisioterapeuta na prescrição e órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico, o que claramente amplia a atuação deste profissional neste cenário de atenção à saúde. Prescrições como calçados ortopédicos, muletas, prótese mamária, cadeira de rodas, andadores, palmilhas, coletes são permitidos a estes profissionais de realizarem a prescrição. Entretanto, conforme relatado acima pelo sujeitos deste pesquisa, a prática e a teoria de opõem⁽²⁸⁾.

Na perspectiva do grupo 2, no processo de trabalho, os profissionais identificaram que algumas vezes realizam atividades que não faz parte de sua responsabilidade profissional, atuando como parte de uma equipe, que executa apoio entre profissionais.

“No NASF a gente faz muita coisa que não é do fisioterapeuta, tipo, o projeto terapêutico singular, de famílias, que está numa situação mais delicada, mais complexa, que muitas vezes é mais voltada pra saúde mental, tem outras situações assim, emergentes. Tem o Projeto Terapêutico Singular, se comprometer as vezes com visita, mais aí muitas vezes como NASF, não só como fisioterapeuta, mais como profissional de apoio pra unidade, porque aí a gente pode contribuir dentro da nossa experiência também. Por exemplo, amanhã, eu faço uma visita com uma psicóloga, pra uma orientação sobre DST pra uma adolescente. Tem nada a ver com a gente, mais é da rotina assim. Reunião de coisas burocráticas, mais as vezes é coisa de outra área, mais que a gente como apoio mesmo, a gente pode estar junto, e muitas vezes é assim que o fisioterapeuta pode ser solicitado, e isso não é raro.” (FINASF)

“A gente tem uma equipe, gerada não só na parte da fisioterapia, mas tem nutricionista, psicólogo, educador físico, uma equipe interdisciplinar que ajuda a gente poder pedir apoio desses outros profissionais, que vai acarretar uma discussão ampla do comprometimento desse paciente. Há casos que a equipe vai na casa de uma

paciente que tem um contexto social complicado, que ela mora num lugar mais difícil[...]” (F5NASF)

Os fisioterapeutas ao mesmo tempo em que sinalizam adesão e compromisso ao trabalho interdisciplinar em equipe, no qual buscam identificar as necessidades das famílias e do usuário, para construir o plano de cuidado, estão se familiarizando com novas ferramentas, novas práticas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que ainda podem causar estranhamento pelas tecnologias utilizadas, ou pelo não reconhecimento da forma de realizar matriciamento, que ainda não é muito bem definido no município, ou pelo desconhecimento da tecnologia do PTS. Uma outra hipótese pode ser uma formação ainda muito centrada no cuidado com tecnologias duras e leves, que não permitem ao profissional compreender e incorporar essas novas formas de organizar o cuidado como seu desempenho.

As equipes NASF surgiram com a proposta para aumentar uma perspectiva de um atendimento mais humanizado, onde os profissionais, inclusive o fisioterapeuta, buscando promover a saúde em todos os níveis possíveis, tendo como meio o trabalho em equipe. Tratando-se especificamente do fisioterapeuta, o grande intuito é de que estes profissionais tivessem uma percepção diferenciada do trabalho que devem realizar⁽²⁵⁾.

Como ferramenta para o trabalho em equipe, surge o PTS, que foi criado na perspectiva de uma construção coletiva de intervenções e propostas que auxiliem na resolução de casos complexos que mobilizam a equipe como um todo. O grande resultado do PTS, um conjunto de propostas terapêuticas ao indivíduo dá frutos, e melhora a qualidade do serviço prestado, pois os profissionais envolvidos levam em conta as necessidades de saúde do sujeito⁽²⁹⁾.

Após a primeira fase, os resultados foram apresentados aos grupos, gerando as oficinas. Com a realização destas, novas análises por meio da mesma técnica utilizada, anteriormente, foram realizadas, construindo os temas a seguir.

Resultados das Oficinas

A seguir apresentaremos os resultados das duas oficinas de trabalho realizadas com os profissionais das equipes, após a apresentação do conteúdo do material analisado, tendo como intenção a reflexão sobre os dados apresentados e elaboração de propostas a partir dos dados explicitados.

Oficina 1 - Organização do trabalho e propostas na Unidade Municipal, PROIID e CEREST

Os profissionais confirmaram as características identificadas no primeiro momento da pesquisa,

caracterizado pelo modelo biomédico, fragmentado, centrado na patologia, e não conseguindo realizar ações preventivas, justificado pela organização da agenda do serviço, o volume de atendimentos, o que gera angústia na equipe, no entanto, vislumbram possibilidade de mudança nesse processo.

“Fica aprisionado nesse modelo curativo, e não preventivo, só atuar na doença, só no modelo curativo, a gente não trabalha com prevenção, não tem como! Porque a pressão da agenda, do horário, de suprir a demanda” (OTPUMC)

“A gente ser cobrado pela quantidade, isso é uma coisa que pressiona um pouquinho, e deixa angustiado, mais mesmo assim, dentro do nosso processo, enquanto agente de saúde eu acho que a gente pode promover mudanças.” (OTPUMC)

A organização do processo de trabalho dos profissionais que trabalham nos serviços da AB tem apresentado dificuldades como integração entre os próprios profissionais da própria equipe e com os de outros serviços; a falta de reuniões e espaço para trabalhar as situações que tem desencadeado as angústias e as necessidades de capacitação entre os profissionais. Esse contexto tem proporcionado desconforto nos profissionais.

“Não tem reuniões iguais a esta, pra gente fazer discussão pra ter a troca. Uma outra coisa que eu falo, do acolhimento pra nós mesmos, não tem alguma atividade, alguma coisa que absorva tudo isso da gente, essas angústias todas.” (OTPUMC)

“[...] não consigo fazer um curso pra que eu aprenda um pouco mais, como técnicas, como abordar um paciente, nesse sentido, de acolhimento. Nunca ofereceram, nem um aprimoramento, não tem nenhuma investimento não só da técnica da fisioterapia, mais também de convívio.” (OTPUMC)

Entretanto, em meio a estes desafios de reconstrução deste cenário, os profissionais demonstram desejos de mudança na prática profissional, que pode vir a ocorrer por meio de suporte psicológico aos profissionais, reuniões de equipe com a presença de um mediador entre eles e a chefia do serviço, onde possam trocar informações com os outros profissionais sobre pacientes, organizar o cenário de atuação; criação de protocolo de encaminhamento dos pacientes, construído a partir de um consenso entre as unidades da rede, de preenchimento simples e rápido, mas que fornecesse informações mais detalhadas do quadro clínico do paciente encaminhado, visto que, atualmente o paciente chega ao profissional somente com um diagnóstico ou sintoma, sem história clínica da evolução da doença.

“Se uma das ações fosse ter um protocolo, talvez isso facilitasse muito a comunicação. Estabelecer uma ação, pra definir isso daí e a forma de propagar. Mais precisaria ser discutido pelas equipes ainda, pra que funcione.” (OTPUMC)

“Eu acho que essas situações podem ser trabalhadas numa reunião, onde se coloca a dificuldade do serviço e pra melhorar o trabalho.” (OTPUMC)

“A proposta que surgiu num primeiro momento foi um grupo pra se falar do processo de trabalho, das dificuldades, que tivesse uma pessoa de fora do serviço, que talvez não tivesse algum comprometimento com o serviço, pra poder mediar o processo. [...] sem conflitos de interesse.” (OTPUMC)

Nestes aspectos as RAS podem ser a melhor saída buscando a reorganização do processo de trabalho, já que estas redes potencializam a resolução de problemas de saúde na AB, na lógica da Linha de Cuidados, onde se tem como norte a expressão dos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender suas necessidades de saúde, consequentemente, melhorando a qualidade de vida dos profissionais e também melhoram a qualidade do cuidado aos usuários do sistema de saúde^(20,29).

Busca-se nesse sentido um trabalho nas equipes de gestão compartilhada, na lógica da educação permanente em saúde, para que os profissionais possam refletir sobre sua prática e construir e reconstruir seu cotidiano pautado em princípios estabelecidos nas políticas públicas, mas, sobretudo, pactuados entre os sujeitos implicados no processo.

Oficina 2 - Organização do trabalho e propostas no NASF

Na construção deste momento na oficina, os fisioterapeutas por meio de suas reflexões validaram os dados, trouxeram reafirmações sobre a prática do cuidado ao idoso partindo da necessidade de saúde observada, com concepções claras de integralidade, reafirmando sua prática pautada neste princípio.

Num outro aspecto, trouxeram a falta de conhecimento a cerca da PNSPI, não conhecendo seus conceitos e as práticas que norteadas por elas devem ser promovidas.

“[...] não conhecemos muito bem essa política, e nem as ações que ela promove tão afimco. Se conhecemos, acho que não estamos tão lembradas.” (OTNASF)

A PNSPI com base em suas diretrizes possui ações que buscam promover o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, além de ações de carácter intersetorial de fortalecimento da participação popular e de educação

permanente, seria importante capacitar os profissionais para atuarem nesta perspectiva e em suas ações⁽⁴⁾.

Durante a construção destas ações reflexivas, os profissionais propuseram algumas sugestões que transformassem o cenário por eles vivenciado, atualmente, sendo: capacitações para os profissionais, visando o envelhecimento saudável; construção de espaços de socialização onde os idosos possam desenvolver vínculos com a sociedade; criação de outros NASF, com o intuito de diminuir a sobrecarga de trabalho destes profissionais, para que conseqüentemente venham a prestar maior e melhor assistência às unidades em que atuam, facilitando o foco na educação permanente para estes profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo biomédico tem sido claramente reproduzido pelos fisioterapeutas atuantes na AB, sujeitos desta pesquisa. Sendo que seus cuidados, estão com foco na maior parte do tempo, em cuidados curativos e na dimensão biológica tendo teoricamente a fundamentação nas “tecnologias-duras” e no trabalho individual. Isto é um dos reflexos da formação tradicional e também da organização do processo de trabalho na AB.

Os maiores desafios e limitações frente ao cuidado e educação em saúde ao idoso foram observados no grupo do ambulatório, CEREST e PROIID, sendo que o cuidado realizado raramente é diferenciado. Entretanto, vale ressaltar que existe um desejo de transformação partindo destes profissionais, para o cenário de sua prática.

Dentro de outro universo, o fisioterapeuta incluído nas equipes multiprofissionais do NASF, pode ver este desafio como um fator promissor para a transformação e reconstrução de seu eu, quanto profissional da saúde. Entre as diversas ferramentas que tem surgido para ancorar estes desafios, o PTS tem apontado para a clínica do sujeito ancorada no princípio de integralidade.

Entretanto, estas mudanças necessitam de um processo de reflexão aprofundado dos envolvidos, para posterior empenho dos mesmos, buscando a transformação deste cenário. Uma alternativa que tem demonstrado resultado é a educação permanente em saúde (EPS), a qual possui um efeito disparador e provocador de reflexões acerca do cotidiano das práticas, valores e costumes envolvidos na tomada de decisão dos participantes deste processo. Ainda neste cenário, foi sinalizado que a presença de um mediador pode contribuir para identificar as fragilidades e fortalezas da equipe, e a auxiliar na resolução dos conflitos.

Consideramos que as propostas identificadas nas oficinas tratam-se de conteúdos extremamente relevantes, possuindo o intuito de melhorar e intervir nas limitações e

desafios enfrentados pelas equipes. Tais mudanças devem ter o objetivo de proporcionar mudanças sustentadas pelos princípios do SUS, principalmente a integralidade.

Enfim, identificamos a necessidade em se pesquisar sobre o ponto de vista dos idosos e também demais usuários do sistema de saúde, além dos demais profissionais da equipe de ESF, com relação à atuação e inserção dos fisioterapeutas na AB e no NASF, considerando as perspectivas de cuidado e educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. (2010). *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*, 1-46.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. (2006). *SUS: Avanços e desafios*. 1ª edição, 1-46.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. (2006). *SUS: Avanços e desafios*. 1ª edição, 1-46.
4. Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília – DF.
5. Coot CA, Mandoda S, Landry MD., Models of integrating Physical Therapists into Family health teams in Ontario, Canada: Challngens and Opportunities. *Physiotherapy Canada*, v.63, n3. Canadá, 2011.
6. Ayres, J. R.C.M. (2009). *Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas*. *Saúde & Sociedade*, 18 – 2.
7. Teixeira C. F. S. Vilas Boas A. L. Q. (2013) *Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?* Universidade Federal da Bahia, [dissertação] Universidade Federal da Bahia.
8. Neuwald MF, Alvarenga, LF, Fisioterapia e educação em saúde: investigando um serviço ambulatorial do SUS. *Boletim da Saúde*, v.19, n02. Porto Alegre, Julho/Dez 2005.
9. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Balague L, Caderon C, Arrazola A, Vergara I, Millam E. Is integration of healthy promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research*, v08, n213, 2010.
10. Souza, C. A. Iris C. C. (2010). *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças*. *Saúde Soc.* 19(3), 509-517.
11. Minayo, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (13a ed.) São Paulo,

- SP. HUCITEC.
12. Marília, (2014). *Secretaria de Saúde Municipal*. Plano Municipal de Saúde: 2014 – 2017. 1 – 127.
 13. Trad, L. A. B. (2009). *Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde*. Revista de Saúde Coletiva, 19(3). 777-796. Rio de Janeiro, RJ.
 14. Silva, M. C. (2012). *Grupo focal em pesquisa qualitativa sobre leituras com jovens*. Educar em Revista. (43). 173 – 188. Curitiba, PR.
 15. Campos, R. T. O., Miranda, L., Gama, C. A. P., Ferrer, A. L., Alberto, R.D., Gonçalves, L. & Trapé, T. L. (2010). *Oficinas de Construção de Indicadores e Dispositivos de Avaliação: Uma nova técnica de Consenso*. Estudos e Pesquisa em Psicologia. 1 (10). 221 - 241. Rio de Janeiro, RJ.
 16. Gomes, R. A. (2001) *Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa*. In: Minayo M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (19a ed.) Petrópolis, RJ. Vozes.
 17. Valença, T.D.C. (2011). *Cuidar da família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES, Jequié (BA).
 18. Pinafo, E., Nunes, E. F. P. A., González, A. D. & Garanhani, M. L. (2011) *Relação entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família*. Trabalho Educação e Saúde. 9 (2). 201 – 221. Rio de Janeiro, RJ.
 19. Coutinho, A.T., Popim, R.C., Carregã, K., Spiri, W.C. (2013). *Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão de equipe*. Esc Anna Nery. 17(4). 628-637.
 20. Oliveira, J.S.B., Suto, C.S.S., Silva, R.S. (2016) *Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica*. Rev. Saúde.com. 12(3). 613-621.
 21. Norman, A.H., Tesser, C.D. (2015) *Access to healthcare in te Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion*. Saúde Soc. 21(1).
 22. Andrade, S.R., Mello, A.L.S.F., Locks, M.T.R., Mattia, D., Hoeller, F., Erdmann, A.L. (2013) *Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade*. Esc Anna Nery. 17(4). 620-627.
 23. Barbosa, F.I., Vilela, G.S., Moraes, J.T., Azevedo, L.S., Marasan, M.R. (2010). *Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro*. Rev. Min. Enferm. 14(2): 195-203.
 24. Aquino, A.C. (2015) *Humanização e atuação do fisioterapeuta na atenção básica: uma revisão integrativa*. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande (PB).
 25. Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (1987). Resolução 80, de 9 de maio de 1987.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Brasil.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº661, de 02 de dezembro de 2010.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 4.279, de 30/12/2010.
 29. Ritt. P.A.Q. (2014) *Projeto Terapêutico Singular*. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

Endereço para correspondência:

Ana Carolina Ferreira Tsunoda Del Antonio
 Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP
 Alameda Padre Magno, 841
 Bairro: Nova Jacarezinho
 CEP: 86400.000 - Jacarezinho - PR
 E-mail: anacftsunoda@hotmail.com