

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/ ENSP

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA:
PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

**AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
MACAÉ/RJ: A CONTRIBUIÇÃO DESTE PROFISSIONAL PARA A
ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DAS
EQUIPES. UM ESTUDO DE CASO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre.

Mônica de Rezende

Orientador: Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho
Segundo orientador: Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro, abril / 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/ ENSP

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
MACAÉ/RJ: A CONTRIBUIÇÃO DESTE PROFISSIONAL PARA A
ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA ÀS AÇÕES DE SAÚDE DAS
EQUIPES. UM ESTUDO DE CASO.**

Mônica de Rezende

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Célia Pereira Caldas

Prof. Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho – orientador

DEDICATÓRIA

À Julia Vita Costa, minha afilhada, que chega na minha vida renovando a certeza de que as boas coisas brotam de sementes plantadas e cultivadas com carinho e estão presentes nos pequenos detalhes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram na conclusão desta pesquisa.

Aos meus orientadores e professores Dr. Antenor Amâncio Filho e Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares pela paciência, carinho e valiosos ensinamentos.

Às professoras Dra. Ana Luiza Stiebler Vieira e Dra. Marisa Palácios por suas contribuições no processo de qualificação do projeto.

Às professoras Dra. Célia Pereira Caldas e Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça por suas enriquecedoras proposições para a versão final desta dissertação.

Ao professor Marcelo Rasga Moreira, pelo seu exemplo profissional, e aos demais professores do mestrado, competentes e dedicados.

Aos colegas de turma, pela convivência prazerosa e pela troca enriquecedora.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica e à Cinthia Maria Barbosa Santos, pelo apoio indispensável.

Aos profissionais do PSF de Macaé/RJ pela contribuição imprescindível dispendo-se a me fornecer todas as informações e dados necessários à realização do estudo. Em especial, à Dra. Beatriz Monteiro Ferraz Dutra, por acreditar na relevância do trabalho e abrir todas as portas possíveis para sua concretização.

À minha mãe e meu pai, Cristina e Jô, por suas forças contagiantes e sempre presentes.

Aos meus amigos e irmãos, por existirem e me ajudarem a compreender os momentos mais difíceis deste processo árduo que é a realização do mestrado. À Rachel Faria Vita e Luiz Montenegro, particular menção.

Ao Victor Giraldo por sua preciosa colaboração bilíngüe.

Aos meus filhos, Eduardo e Felipe, pelo amor incondicional e permanente estímulo ao crescimento.

Ao meu marido Fagundes, pelos momentos de reflexão que clarearam meus pensamentos e por ser tão companheiro, me fortalecendo para encarar os desafios da vida.

Ao povo brasileiro pelo investimento. Esta pesquisa foi desenvolvida com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESUMO

Esta pesquisa pretende contribuir para o debate sobre a composição das equipes de Saúde da Família. Tem o objetivo de avaliar a inserção do fisioterapeuta diretamente nas equipes de Macaé/RJ, que ocorre no formato de um fisioterapeuta por equipe, desde 2001.

Caracteriza-se como uma investigação avaliativa, estudo de caso único, de abordagem qualitativa. A partir do contraste das representações dos profissionais com formação de nível superior das equipes, dos gestores e de dados secundários colhidos na coordenação do PSF do município com a análise documental do referencial teórico, buscou-se avaliar a contribuição do fisioterapeuta para a acessibilidade da população idosa às ações das equipes.

Como resultado, concluiu-se que tal inserção aumenta a capacidade das equipes de produzir ações voltadas para as necessidades de saúde dos idosos e facilita a utilização dos recursos disponíveis por parte desta população. Ambos ocorrem, principalmente, por ser objetivo da Fisioterapia atuar sobre a funcionalidade do indivíduo e pela aptidão dos fisioterapeutas que atuam no município para aproximar os idosos e estabelecer vínculo.

Palavras-chaves: Saúde da Família; Fisioterapia; Idosos; Avaliação.

ABSTRACT

This investigation aims to contribute to the debate concerning team compositions on the Family Health strategy. It assesses the integration of physiotherapists into teams of the Family Health Program (PSF) in Macaé/RJ through the analysis of their contribution to elderly population accessibility to the team activities. Since 2001, each one of those teams includes one physiotherapist.

This is an evaluative research using qualitative approach: a case study. Through the contrast between representations built up by the municipal administrators and graduated professionals working on the teams, secondary data collected in the PSF coordination and the theoretical referential, we aimed to assess the contribution of the physiotherapists to the accessibility of elderly people to the teams' actions.

The results indicate that integration of physiotherapists increases the team capacity to produce appropriated actions on health care needs of the elderly and facilitates the use of available resources by that population. Both occur, mainly, due to the Physiotherapy focus on the individual's functionality and the local physiotherapists aptitude to bring_the elderly people closer and to create bonds with them.

Key words: Family Health; Physiotherapy; Elderly Population; Evaluation

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	6
ABSTRACT	7
SUMÁRIO.....	10
LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS.....	11
LISTA DE SIGLAS	12
CAPÍTULO I - Introdução	13
CAPÍTULO II - Aspectos metodológicos	22
II.1. Caracterização da pesquisa	22
II.2. Modelo de avaliação	23
II.3. Construção de indicadores	26
II.4. Coleta de dados	30
II.5. Análise dos dados empíricos.....	32
CAPÍTULO III - Marco teórico conceitual: primeira matriz de dimensões.....	34
III.1. A Saúde da Família como estratégia para a organização da Atenção Básica.....	35
Atenção Básica: algumas considerações importantes	36
A Saúde da Família enquanto modelo de atenção	41
III.2. A Fisioterapia frente os novos desafios da saúde.....	49
III.3. A saúde dos idosos no âmbito da Saúde da Família.....	57
Determinantes da saúde dos idosos	58
Características da saúde dos idosos	66
Necessidades de saúde dos idosos	69
III.4. Primeira matriz de dimensões.....	72
CAPÍTULO IV – Dados empíricos: segunda matriz de dimensões	76
IV.1. Determinantes da saúde dos idosos	76

Condições socioeconômicas, culturais e ambientais e condições de vida.....	76
Estilos e história de vida.....	81
Redes sociais e comunitárias	85
Características biológicas	86
IV.2. Necessidades de saúde.....	87
IV.3. Estrutura do sistema de saúde: Saúde da Família e seu processo de trabalho	94
As equipes multiprofissionais e a Fisioterapia	98
Práticas do cuidado.....	102
O Fisioterapeuta na equipe	110
Segunda matriz de dimensões.....	115
 CAPÍTULO V – Avaliação: construção de possíveis significados	 120
 CAPÍTULO VI – Considerações Finais	 125
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 127
 ANEXOS	 136
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	137
ROTEIRO PARA ENTREVISTA ABERTA COM GESTORES	138
ENTREVISTA ABERTA COM FISIOTERAPEUTAS (Página 1)	139
ROTEIRO P/ ENTREVISTA ABERTA COM FISIOTERAPEUTAS (Página 2).....	140
GRUPO FOCAL (Página 1): Identificação dos componentes	141
GRUPO FOCAL (Página 2): Referências	142
ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS (Página 3).....	143
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (Página 1): anotações no diário de campo	144
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (Página 2): comentários sobre o grupo focal	145

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - Introdução	13
CAPÍTULO II - Aspectos metodológicos	22
CAPÍTULO III - Marco teórico conceitual: primeira matriz de dimensões.....	34
CAPÍTULO IV – Dados empíricos: segunda matriz de dimensões	76
CAPÍTULO V – Avaliação: construção de possíveis significados	120
CAPÍTULO VI – Considerações Finais	125

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1 - Matriz de dimensões da avaliação	24
Figura 2 - Modelo proposto por Whitehead e Dahlgren para classificar os determinantes da saúde	59
Figura 3: Mapa dos distritos de Macaé.....	77
Tabela 1 - População residente.....	79
Tabela 2 – Condições de vida.....	79
Tabela 3 – Consolidado histórico da Saúde da Família em Macaé.....	99
Quadro 1 – Questões colocadas por indicador.	28
Quadro 2 - A Fisioterapia e a área da saúde, no Brasil, na segunda metade do séc. XX.	52
Quadro 3 – Primeira Matriz de Dimensões	72
Quadro 4 – Segunda matriz de dimensões da avaliação.....	115

LISTA DE SIGLAS

ABVD.....	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AD.....	Atendimento Domiciliar
AG.....	Atividades em Grupo
AI.....	Atendimento Individual
AIVD.....	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS.....	Atenção Primária à saúde
CNS.....	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO.....	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCNT.....	Doença Crônica Não Transmissível
DSS.....	Determinantes Sociais da Saúde
GF.....	Grupo Focal
HND.....	História Natural da Doença
NOB.....	Norma Operacional Básica
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
PAB.....	Piso da Atenção Básica
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADT.....	Programa de Atendimento Domiciliar terapêutico
PAISI.....	Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso
PIB.....	Produto interno Bruto
PNSPI.....	Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROESF.....	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF.....	Programa Saúde da Família
SEMUSA.....	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB.....	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPT.....	Saúde Para Todos
SUS.....	Sistema Único de Saúde
USF.....	Unidade de Saúde da Família
UTI.....	Unidade de Tratamento Intensivo
VD.....	Visita Domiciliar

CAPÍTULO I - Introdução

A formação e a prática da Fisioterapia, hoje, estão direcionadas, prioritariamente, para a clínica de reabilitação e para os centros de terapias hospitalares. Há a tendência no ensino superior de Fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas. Isso faz com que as práticas do fisioterapeuta tenham um caráter predominantemente clínico e limitado a locais de atendimento em níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Tais características estão em consonância ao modelo médico-assistencial privatista, ainda hegemônico no Brasil. A forma de perceber, explicar e enfrentar os problemas de saúde ao longo do desenvolvimento da história do nosso país acarretou o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, no qual a saúde é *“entendida ou representada como ausência de doença e a organização dos serviços é medicamente definida”* (Mendes, 1996:236). Consequentemente, os esforços dos profissionais ou áreas de estudo preocupadas com as condições de saúde do homem concentraram-se, por um extenso período, na descoberta de novos métodos de “tratamento” das doenças, revelando a preponderância de uma assistência “curativa”, recuperativa e reabilitadora.

A Fisioterapia integra esse contexto histórico. Foi sobre essa base, como uma especialidade paramédica, que se construiu a profissão, seu objeto de trabalho e estudo. O fisioterapeuta surgiu com o propósito de reabilitar e preparar as pessoas fisicamente lesadas para o retorno à vida produtiva (Rebelatto e Botomé, 1999). Para este tipo de atividade este profissional tem mercado de trabalho e reconhecimento, pois, embora a Fisioterapia seja uma profissão relativamente recente (criada em outubro de 1969), os agentes físicos (p.ex. eletricidade e movimentos do corpo humano) vêm sendo utilizados desde a Antiguidade no tratamento das patologias.

O movimento da Reforma Sanitária, no Brasil, nos anos 70 e 80 do século XX, respaldado pelas novas concepções do processo saúde-doença, que na década de 70 emergiram no cenário mundial apresentando a perspectiva da história social das doenças, buscava, a partir da crítica ao modelo de assistência médica instalado, alternativas para a saúde pública do país. Como decorrência, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído na constituição de 1988 com o objetivo de reformular o sistema nacional de saúde e reorganizar as práticas sanitárias.

A criação do SUS, ao impor a reorganização da atenção à saúde, gera novas demandas. Propõe, para os serviços de saúde a organização por níveis de atenção, com tecnologia adequada a cada nível, com mecanismos formalizados de referência e contra-referência, visando o atendimento integral da população. Fortalece a Atenção Básica tornando-a estratégica para o bom funcionamento do sistema e para a democratização do acesso aos serviços de saúde. Valoriza-a como mercado de trabalho. Sugere, em prol da integralidade e resolutividade deste primeiro nível da atenção, novos processos de trabalho que integrem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura e reabilitação.

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje chancelado como estratégia Saúde da Família por ter sido adotado pelo governo federal como eixo estruturante da Atenção Básica no SUS, visa reverter a forma hegemônica da atenção à saúde na edificação de um novo modelo, baseado no trabalho das equipes multiprofissionais. Destaca-se a questão: quais são os profissionais que devem atuar nestas equipes?

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de saúde da família devem ser compostas por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de

quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, contar ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Brasil, 2006b).

Embora a diretriz do Ministério da Saúde para a composição das equipes não seja restritiva, ela tem ajudado a manter a incorporação das chamadas “outras categorias profissionais” em um debate tímido, o que contribui para manter tal incorporação como uma prática polêmica e incomum.

A Atenção Básica engloba ações da competência de diferentes profissões que podem – e devem – desejar integrar-se a este processo. Para tanto, três aspectos devem ser enfatizados: a busca política por espaço, a qualificação dos profissionais para participar das equipes e a inovação nas formas de agir no cuidado à saúde, que exige dos profissionais envolvidos soluções criativas para problemas complexos.

Alguns municípios já estão incorporando o fisioterapeuta às equipes de Saúde da Família. Isso suscita outras questões: qual o significado de sua inserção na estratégia Saúde da Família? Que ações estão sendo desenvolvidas por esses profissionais que podem contribuir para o desenvolvimento da Atenção Básica e a devida operacionalização dos seus princípios orientadores (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária)? Como os fisioterapeutas estão concebendo sua prática inserida na proposta da Atenção Básica de integração das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura e reabilitação?

A Fisioterapia acompanhou, através de sua regulamentação, as mudanças nos conceitos e paradigmas de saúde que impulsionaram a criação do SUS. Teoricamente, mostrou-se preparada para integrar o novo modelo de atenção que visa dar conta da saúde e não apenas das doenças da população (Rezende, 2005). A partir da Resolução COFFITO nº.

80, de 1987, mudou seu objeto de estudo e trabalho, transcendendo os ‘distúrbios do movimento’ e passando a focar o ‘movimento humano’ em si, “*em todas as suas formas de expressão e potencialidades*”.

Ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta abriu a possibilidade de adotar uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também considerando-o na sua dimensão social.

O movimento é a forma de comunicação do indivíduo com o mundo externo, que acontece a partir da sua interação com o meio em que vive. Não há comunicação sem movimento: a fala produz-se a partir do movimento; a respiração só ocorre com movimento; através do movimento, os indivíduos expressam seus sentimentos e assumem posturas diante dos desafios da vida.

Muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta passa a ter o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária. Junto com as pessoas (individual ou coletivamente), deve refletir sobre o uso que elas fazem do próprio corpo nas suas relações com o espaço e com outras pessoas e, a partir de então, promover ações em prol da melhoria da qualidade de vida para o presente e para o futuro.

Desta forma, a mudança no objeto da Fisioterapia criou um espaço de aproximação, ainda pouco explorado, entre o trabalho dos fisioterapeutas e práticas preventivas e de promoção da saúde, típicas do primeiro nível do cuidado no SUS.

O município de Macaé, localizado ao norte do estado do Rio de Janeiro, com uma população estimada de 165 mil habitantes, encontra-se, desde 2001, em um processo de integração dos fisioterapeutas diretamente nas equipes, no formato de um fisioterapeuta por

equipe. O conhecimento desta realidade motivou a realização desta pesquisa com o objetivo de avaliar a inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família, em Macaé.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS-nº49/2005 dos ministérios da Saúde e Ciência e Tecnologia, junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para seleção pública de propostas sobre Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde e foi aprovado.

A partir de então, passou a compor o grupo de pesquisas financiadas pelo Governo Federal com o objetivo de expandir a produção do conhecimento básico e aplicado sobre avaliação da atenção básica a saúde, de forma a contribuir para o fortalecimento de sistemas de monitoramento e avaliação da atenção básica e para a institucionalização das ações avaliativas no cotidiano das organizações e serviços de saúde, concebendo-os como instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para o desenvolvimento da avaliação foi utilizado, como eixo de análise, a acessibilidade da população idosa aos cuidados de saúde produzidos pelas equipes. Colocou-se a seguinte questão avaliativa: Qual a contribuição do fisioterapeuta para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes?

Acessibilidade, neste estudo, é compreendida conforme proposto por Fekete (1997): como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de cuidado à saúde.

É importante ressaltar que Fekete, em seu texto, utiliza o termo ‘assistência’ ao invés de ‘cuidado’ à saúde. A substituição feita para este estudo baseia-se na idéia de deslocamento de horizontes proposta por Ayres (2001:70), que compreende a relação entre os sujeitos

profissionais de saúde e os sujeitos pessoas-alvo das ações de saúde por seu “*norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo e estético*”.

O cuidado, de acordo com Ayres (2000), assume lugar privilegiado nas práticas de saúde como atitude e espaço de exercício aberto de uma sabedoria prática, apoiada na tecnologia, mas sem resumir a ela a intervenção; espaço de re-construção de intersubjetividades, onde qualquer indivíduo, como aspirante ao bem-estar, tem o poder de juízo sobre suas necessidades; onde o espaço relacional profissional da saúde – “usuário” é tratado como tecnologia.

Segundo Fekete (1997), o processo de busca e obtenção do cuidado à saúde, sob o qual se restringe o domínio da acessibilidade, possui, como um extremo, a disponibilidade de recursos e a capacidade para produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde de uma dada população e, como outro, a utilização dessas ações por parte dessa população. Desta forma, depende, em grande parte, da relação direta que se estabelece entre a equipe de saúde e a população.

Como apontado por Mendes (1996), a complexidade deste primeiro nível da atenção revela-se no trabalho profissional. A organização deste trabalho para o andamento de uma atividade integrada e cooperativa exige tanto o desenvolvimento de um conjunto de novas competências quanto conhecimentos técnicos que estão bem desenvolvidos e sob domínio de diversas categorias profissionais.

As possibilidades de apreensão das necessidades de saúde estão relacionadas, dentre outras coisas, com o olhar dos profissionais envolvidos. Desta forma, este estudo surgiu da compreensão de que a integração de profissionais de diferentes categorias nas equipes, se atuando, como indicado por Ceccim (2005), com uma ética “entre-disciplinar” sobre a estética

multiprofissional, tende a funcionar como potencializador dos recursos disponíveis em direção à maior resolutividade da atenção básica, com qualidade e sem descaracterizar a proposta original.

Outro aspecto relevante diz respeito à saúde da população idosa, crescente pela transição demográfica vivenciada como um fenômeno mundial. Ela possui características peculiares e que demandam um cuidado diferenciado.

A forma como o sistema de saúde no Brasil vem sendo operado, de modo fragmentado e com a atenção voltada para as condições agudas, torna os idosos mais vulneráveis a uma demanda ampliada dos serviços de alta densidade tecnológica e alto custo, por tempo prolongado. O aumento na expectativa de vida deve ser acompanhado por estratégias que garantam qualidade de vida e bem estar, sob pena de que os anos de vida ganhos só aumentem a proporção de dependentes.

A Saúde da Família é um importante espaço para se operar a mudança necessária na atenção à saúde dos idosos que está cada vez mais associada à capacidade funcional; à capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma.

Por ser o fisioterapeuta um profissional capaz de atuar de modo efetivo na manutenção e aprimoramento da funcionalidade¹ do idoso, partiu-se do pressuposto que a integração do fisioterapeuta nas equipes pode contribuir para a acessibilidade da população idosa, pelo aumento da capacidade de produzir ações que dêem conta das suas necessidades de saúde e,

¹ A funcionalidade e a incapacidade apresentam-se em pólos opostos; pontas extremas de um processo de interação entre funções/disfunções corporais, possibilidades/limitações nas atividades individuais e participação social e fatores contextuais (influências internas e externas que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação) (OMS, 2001 / CIF).

também, pela facilitação da utilização dos recursos disponíveis por aproximar os idosos das práticas de saúde das equipes.

Outro pressuposto da pesquisa é de que há carência de estudos avaliativos sobre a participação do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família. Acredita-se que uma pesquisa avaliativa permite identificar diretrizes que caracterizam mudanças no modo de produção de ações de saúde; analisar a adequação e compatibilidade dessa experiência com a realidade sanitária local e trazer para o espaço de discussão, tanto acadêmico quanto da gestão, resultados importantes: novos elementos com potencial para orientar as decisões dos gestores e contribuir para transformações na formação dos fisioterapeutas, permitindo o desenvolvimento da competência profissional para atuar de acordo com a proposta da Saúde da Família, somando esforços na direção da consolidação dos princípios e pressupostos do SUS.

Com o intuito de viabilizar a avaliação da contribuição do fisioterapeuta foi necessário: identificar os problemas e necessidades de saúde da população idosa atendida pela estratégia Saúde da Família, em Macaé, reconhecidos pelas equipes; identificar o processo do cuidado à saúde dos idosos desenvolvido no PSF do município e analisar as ações que estão sendo desenvolvidas pelos fisioterapeutas, junto às equipes.

O estudo encontra-se estruturado da seguinte forma:

O capítulo II tem o intuito de apresentar e discutir o método aplicado na pesquisa. Expõe o modelo de avaliação utilizado, que é uma adaptação do modelo proposto por Viacava *et al.* (2004) para avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro. Tal modelo concretiza a avaliação a partir do contraste de duas matrizes de dimensões da avaliação. Uma construída com material teórico e a outra com dados empíricos.

No capítulo III constrói-se a primeira matriz a partir do aprofundamento nas categorias analíticas da pesquisa: Saúde da Família, Fisioterapia e Saúde dos Idosos. Representa o marco teórico conceitual do estudo e serve de referencia para contrastar a segunda matriz.

O capítulo IV divide-se em duas partes. Inicialmente, é montada a segunda matriz com base na análise dos dados levantados no campo. Em seguida, são destacados pontos importantes localizados através da comparação entre as matrizes.

O quinto capítulo caracteriza-se pela avaliação em si e o sexto traz as considerações finais a respeito do estudo. Uma breve reflexão sobre o desenvolvimento da pesquisa, sobre seu potencial de contribuição e suas limitações.

CAPÍTULO II - Aspectos metodológicos

II.1. Caracterização da pesquisa

A pesquisa caracteriza-se como uma investigação avaliativa. Segundo Contandriopoulos (1997), é um “*procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos*”, considerando que as avaliações *ex-post* podem ser feitas concomitantemente à realização do programa.

Optou-se pela abordagem qualitativa, que “*preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social (...) atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores*” (Minayo *et al.*, 2005:81).

Por entender que o processo de buscar e receber cuidado à saúde envolve: a identificação das necessidades de saúde de uma determinada população, a criação de recursos capazes de dar conta destas necessidades, a geração de mecanismos de aproximação desta população e a redução ou mesmo anulação de obstáculos de acesso, procurou-se apreender, a partir das falas dos fisioterapeutas e dos demais profissionais com formação de nível superior das equipes, como estas equipes atuam para lidar com os desafios deste processo e qual a contribuição dada pelo fisioterapeuta.

Os gestores também foram ouvidos, por serem considerados informantes privilegiados devido seu poder decisório no processo de implantação e implementação da Saúde da Família.

Ao contrastar as representações dos profissionais das equipes e gestores (categorias empíricas) com os dados secundários, aspirou-se configurar as relações existentes entre as

atividades exercidas pelos fisioterapeutas e a acessibilidade dos idosos às ações de saúde das equipes.

Trata-se de uma avaliação de processo. De um estudo de caso único através do qual buscou-se, para avaliar a inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família, no município de Macaé, compreender o contexto desta realidade.

“Em sua essência, o estudo de um caso, no âmbito da investigação avaliativa, visa a apresentar ou a esclarecer por quê e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas.” (Minayo *et al.*, 2005: 93).

Na pesquisa qualitativa o estudo de caso assume, dentre outras, as seguintes características: enfatiza a interpretação do contexto, busca retratar a realidade de forma abrangente e profunda e procura representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista que estão presentes em uma situação social (Lüdke, 1998).

II.2. Modelo de avaliação

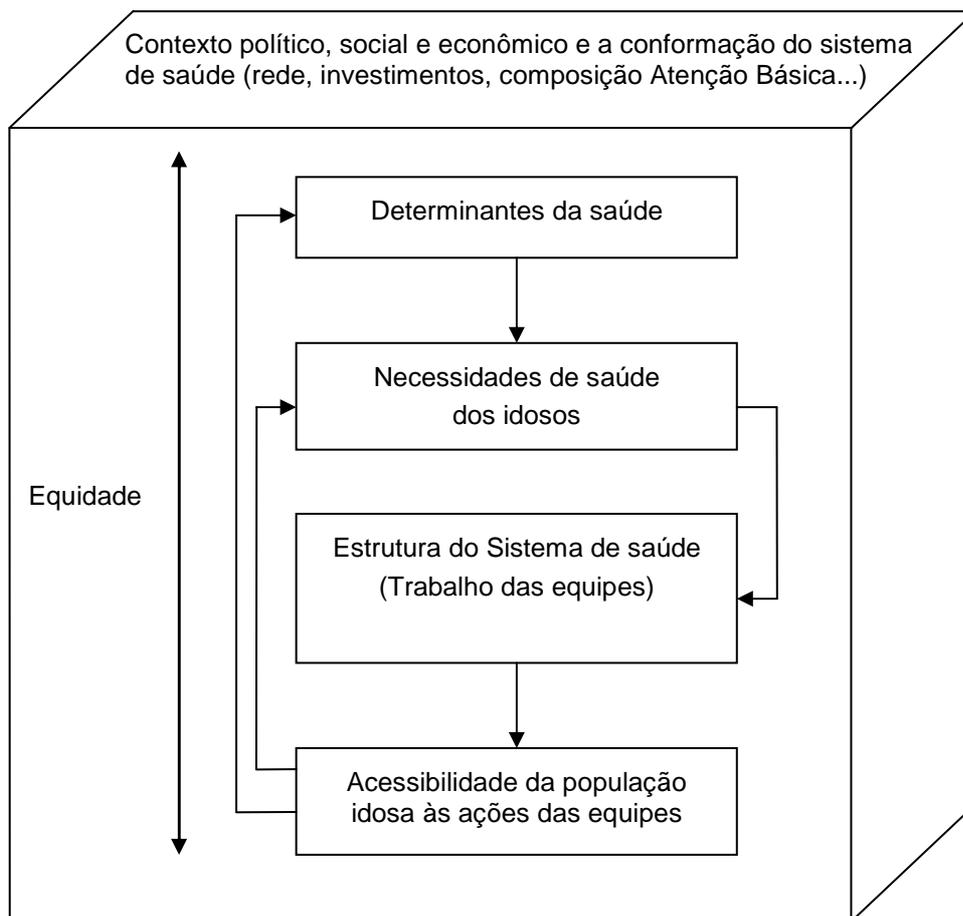
Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se o modelo proposto por Viacava *et al.* (2004) para avaliação de desempenho do sistema de serviços de saúde brasileiro, guardadas as devidas proporções e com as necessárias adaptações.

Apesar do método ter sido desenvolvido com o intuito de fornecer um instrumento capaz de avaliar o impacto das inovações que vêm sendo implementadas no setor saúde, no desempenho do sistema de saúde brasileiro (macro-sistema), seus criadores consideraram que a metodologia proposta deveria permitir, também, a avaliação de sistemas regionais de saúde ou de programas específicos (micro-sistemas).

A metodologia sugerida tem o formato de um painel de controle, no qual podem ser visualizadas, simultaneamente, as diferentes dimensões da avaliação. A matriz de dimensões utilizada para guiar este estudo, já adaptada, está representada na Figura 1.

“... Propõe-se que o foco da avaliação esteja no desempenho dos serviços de saúde que, por sua vez, está relacionado com os determinantes das condições de saúde que definem, de forma importante, as necessidades de saúde que devem orientar o financiamento e os recursos materiais e humanos necessários ao bom desempenho do sistema, do qual dependerá, em parte, a melhoria das condições de saúde da população.” (Viacava et al., 2004: 718)

Figura 1 - Matriz de dimensões da avaliação



No modelo aplicado, o desempenho eleito foi a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes. O que pretendeu-se foi saber se a inserção do fisioterapeuta nas equipes contribui para a capacidade das equipes de produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde da população idosa e/ou para a utilização dos recursos disponíveis por parte dos idosos.

A proposta foi analisar a acessibilidade em seu contexto político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual. Os determinantes da saúde fazem parte deste contexto e a equidade foi incluída na avaliação, conforme indicado pelo modelo original, numa perspectiva “transversal” às demais dimensões, com o intuito de comparar grupos populacionais de forma a evidenciar as desigualdades geográficas e sociais.

No primeiro momento da pesquisa conceituou-se cada uma das dimensões e seus componentes. A partir do aprofundamento nas categorias analíticas Saúde da Família, Fisioterapia e Saúde dos Idosos, através de análise documental, buscou-se compreender as relações entre as diversas dimensões e os fatores contribuintes para obstaculização do acesso dos idosos às ações de saúde. Como resultado, obteve-se a fundamentação teórica do estudo e a primeira matriz de dimensões da avaliação, capítulo III.

Em seguida, a partir do questionamento surgido desta primeira construção, foram criados os indicadores: aqueles capazes de permitir o conhecimento empírico da realidade avaliada. Com base nos dados levantados na pesquisa de campo foi possível construir a segunda matriz de dimensões.

No processo de construção da segunda matriz (Capítulo IV – Dados empíricos), buscou-se apresentar os elementos encontrados para cada uma das categorias centrais da matriz. Foram destacadas algumas falas mais representativas e ponderados os distintos pontos

de vista localizados nas respostas dos profissionais que participaram do estudo. Durante o processo de análise do material coletado no campo, procurou-se identificar diferenças relacionadas à área de atuação: urbana ou rural. Quando encontradas, foram apontadas e analisadas.

O processo de construção dos indicadores e de análise dos dados empíricos estão descritos nos próximos itens II.3 e II.5 deste mesmo capítulo, respectivamente.

A avaliação, propriamente dita (Capítulo V), segundo Gomes *et al* (2005), é o momento referente ao ápice da interpretação que caminha em um movimento de síntese, por meio da construção criativa de possíveis significados. Este processo de construção ocorreu a partir de diálogos entre a dimensão teórica e os dados empíricos, na análise da relação entre as diferentes dimensões e o desempenho avaliado, e as questões, pressupostos e objetivos da pesquisa.

II.3. Construção de indicadores

Foram construídos, para esta avaliação, os seguintes indicadores: ‘ações de saúde oferecidas’, ‘utilização das ações oferecidas’, ‘interdisciplinaridade’ e ‘rede de serviços’.

O processo de construção destes indicadores se deu a partir de uma análise detalhada do objeto e da questão colocada sobre este, impulsionada pelo exercício metodológico proposto por Silva e Brandão (2003:8). De acordo com os autores, *“talvez o grande desafio que o indicador nos ofereça seja entender sua simplicidade. Como o próprio nome diz, indicadores são indicações a respeito de determinado sujeito ou objeto”*.

Segundo Silva e Brandão (2003:8), tão importante quanto definir o indicador é formular sua descrição, que explicita seu significado. *“Os indicadores devem ser plenos de sentido, especialmente para aqueles que atuam frente a uma dinâmica social específica”*.

O indicador ‘ações de saúde oferecidas’ refere-se à disponibilização de recursos para o cuidado da saúde da população idosa pela estratégia Saúde da Família. Foi utilizado para indicar a capacidade das equipes de produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde dos idosos.

Envolve, além das ações em si, a identificação das necessidades de saúde dos idosos e incide sobre a questão da integralidade da atenção no sentido apresentado por Mattos (2001:57), da *“organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”*.

A ‘utilização das ações oferecidas’, enquanto indicador, reflete a utilização por parte dos idosos das ações de saúde oferecidas pelas equipes. Indica a aproximação entre as ações de saúde oferecidas pelas equipes e a população idosa, assim como expõe as barreiras existentes que obstaculizam o acesso da população idosa a essas ações.

A ‘interdisciplinaridade’ serviu como indicador da integração do “núcleo de competência” dos fisioterapeutas aos processos de trabalho das equipes, interferindo nas possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população e na capacidade de resposta das ações. “Núcleo de competência”, no desenvolvimento deste estudo, é entendido como atribuições exclusivas ou predominantes da especialidade. Permite compreender o que o fisioterapeuta pode agregar de valor ao trabalho das equipes com sua participação, em prol do atendimento integral aos idosos.

Por último a ‘rede de serviços’, que significa como está estruturada a relação entre os diversos componentes do sistema de serviços de saúde do município. Indica a possibilidade do trabalho das equipes contribuir para a continuidade do cuidado e a resolutividade máxima dos problemas e necessidades da população. Diz respeito à integralidade da atenção como apontada por Cecílio (2001:118), no espaço da macropolítica de saúde: “*esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros.*” Entendendo o “outros” como o esforço intersetorial para a melhoria das condições de vida.

As questões colocadas para cada indicador e os informantes aos quais o questionamento foi apresentado estão relacionados no Quadro 1, abaixo. Os instrumentos de coleta foram formulados a partir deste quadro e encontram-se nos Anexos.

Quadro 1 – Questões colocadas por indicador.

Indicador	Questões colocadas	Fontes de Informação
1. Ações de saúde oferecidas.	<ul style="list-style-type: none"> - O que é um idoso saudável? - Que problemas de saúde os idosos apresentam? - Como são identificadas as necessidades de saúde dos idosos? - Quais as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família? - Das ações realizadas pelas equipes, o que pode ser direcionado para os idosos? - São desenvolvidas atividades específicas para eles? Quais? - Das ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas, quais são para os idosos ou podem ser usufruídas por eles? - Quais são as questões mais comuns apresentadas pelos idosos aos fisioterapeutas nas equipes? 	Coordenação do PSF. Equipes Saúde da Família. Fisioterapeutas.
2. Utilização dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Qual a população idosa residente nas áreas adstritas das USF? - Qual a população idosa atendida pelos fisioterapeutas nas USF? - Quais as estratégias desenvolvidas para aproximar os idosos das ações de saúde? 	DATASUS e SIAB do município. Coordenação do PSF. Equipes Saúde da Família.

	<ul style="list-style-type: none"> - A participação dos idosos nas atividades coletivas ocorre por indicação terapêutica ou livre demanda? É controlada de alguma forma? Os idosos participam de algum modo na escolha destas atividades? - Como se dá o acolhimento nas USF? - É feita avaliação de risco do idoso? - Qual o espaço para intercorrências (vindas antes de uma próxima consulta)? - Quais são os mecanismos de acompanhamento do estado de saúde dos idosos e continuidade do cuidado? - Verifica-se se as recomendações feitas são realizadas? Como? 	
3. Interdisciplinaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Que categorias profissionais compõem as equipes? - Qual a relevância do trabalho em equipe na atenção à saúde dos idosos? - Quais são os mecanismos de comunicação entre os vários profissionais? - Como os profissionais e os gestores avaliam a equipe ampliada adotada em Macaé? - Que contribuições o fisioterapeuta traz para a equipe? - Como se dá a interação do Fisioterapeuta com as demais profissões na equipe? - Que atividades são desenvolvidas pelos fisioterapeutas nas equipes? 	<p>Coordenação do PSF.</p> <p>Equipes Saúde da Família.</p> <p>Fisioterapeutas.</p>
4. Rede de serviços.	<ul style="list-style-type: none"> - Como é organizada a rede de serviços de saúde de Macaé? - Qual o papel da Atenção Básica para o Sistema de saúde? - Qual a relação da Saúde da Família com o restante dos serviços de saúde em Macaé? - Por que equipe ampliada? - O que levou à inserção do fisioterapeuta nas equipes, neste formato (1:1)? - Como se avalia o retorno deste investimento (integração deste profissional)? - Qual a diferença do atendimento realizado pelo fisioterapeuta no PSF e nas clínicas de especialidade? - O sistema de saúde em Macaé funciona como uma rede? - O PSF tem recursos para garantir resolutividade na atenção à saúde dos idosos? - A população idosa reconhece o PSF como porta de entrada? 	<p>Gestores.</p> <p>Coordenação do PSF.</p> <p>Equipes Saúde da Família.</p> <p>Fisioterapeutas.</p>

II.4. Coleta de dados

As técnicas selecionadas para o levantamento de dados empíricos foram: entrevistas abertas, grupo focal e observação participante. As entrevistas constituíram-se centro da pesquisa e as demais configuraram-se como complementares.

Foram entrevistados quase todos os fisioterapeutas que atuavam nas equipes no período da coleta de dados. Num total de vinte e três fisioterapeutas, entrevistou-se vinte e dois. A fisioterapeuta não entrevistada, por motivos pessoais, não pode estar presente na data agendada. Considerando, como indica o ‘índice de saturação’ de Bertaux (1980), próprio do estudo qualitativo, que a apreensão do objeto estava contemplada em suas semelhanças e diferenças, optou-se por não remarcar a entrevista faltosa.

Como gestores, estava previsto inicialmente entrevistar o secretário municipal de saúde e as coordenadoras de saúde coletiva, de serviços de saúde e do PSF. No entanto, por estarmos em ano eleitoral e pelas dificuldades encontradas ao longo do processo, foram entrevistadas as coordenadoras acima citadas mais a coordenadora da Fisioterapia do município.

Foi entrevistada, também como gestora, uma das duas supervisoras da Fisioterapia no PSF. Aquela que acompanhou todo o decurso da pesquisa; que auxiliou na programação da fase exploratória e abriu portas para a realização do trabalho de campo propriamente dito. Ela foi considerada informante-chave, também, por ter sido a primeira fisioterapeuta do PSF de Macaé, que desencadeou o processo de contratação dos demais.

O grupo focal (GF) tem como proposta reunir, *“num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas*

investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico” (Cruz Neto et al., 2001: 9).

Foram realizados dois grupos focais. Cada um deles, com duas equipes. Ambos na coordenação do PSF, em datas distintas. Um grupo para equipes da área urbana e outro para equipes da zona rural, visando a comparação das diferentes realidades.

As Unidades de Saúde da Família (USF) que formaram os grupos foram escolhidas com a colaboração da supervisora da Fisioterapia no PSF, da coordenadora do PSF e do secretário municipal de saúde. Os critérios de seleção foram, além da localização das USF, o número de idosos atendidos pelas equipes e o trabalho consolidado com estes idosos.

O grupo focal da área urbana contou com os profissionais de nível superior das USF de Fronteira A e Cajueiros. Estiveram presentes as médicas, enfermeiras e fisioterapeutas de ambas as equipes. O grupo focal com as USF da zona rural, Sana e Glicério, contou com as fisioterapeutas de ambas as equipes, a médica do Sana e a enfermeira de Glicério. Os demais profissionais não compareceram.

A observação participante é uma *“parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa”* (Minayo, 2006: 273). Neste estudo foi empregada na modalidade *“observador como participante”*, que segundo Minayo (1994), trata-se de uma observação quase formal, em curto espaço de tempo e proveniente de um contato bastante superficial com o campo. O objetivo da utilização desta técnica foi coletar dados de situações presenciadas, relevantes para a compreensão da realidade estudada, que não foram capturadas pelas questões e roteiros das entrevistas individuais e/ou coletivas.

Nas visitas em que foram realizadas as entrevistas, a observação foi *“descritiva”*. Realizada de forma totalmente livre, *“embora o investigador de campo deva estar sempre*

focalizado no que constitui seu objeto de estudo” (Minayo, 2006: 194). Nos dias em que foram realizados os grupos focais, a observação foi “dirigida”, permitindo estabelecer uma relação direta entre o que foi observado pelo relator e pela mediadora dos grupos. A observação dirigida, segundo Minayo (2006), ocorre a partir de tópicos orientadores. Também com foco nos temas que constituem o objeto da investigação, é formulado um roteiro com alguns pontos a serem observados.

A pesquisa em dados secundários representou uma importante etapa do trabalho. Permitiu conhecer a organização da estrutura institucional e seus principais objetivos, os dados estatísticos já produzidos pelo próprio PSF, estratégias e dinâmicas do atendimento, capacidade de cobertura e utilização e recursos disponibilizados.

A ausência de dados disponíveis na base de dados do DATASUS, capazes de responder às questões colocadas no quadro lógico de indicadores tornou a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé (SEMUSA), através da coordenação do PSF, fundamental para a pesquisa.

II.5. Análise dos dados empíricos

Para a análise dos dados coletados no campo procurou-se a aproximação da abordagem hermenêutica dialética. Parafraseando Minayo (2006: 327), *“não apenas do ponto de vista do ‘como fazer’ e sim, também, do ‘como pensar’”*.

A relação entre o objetivo da pesquisa e a abordagem de análise mostrou-se coerente: avaliar a inserção do fisioterapeuta nas equipes a partir da análise do contexto desta inserção e analisar as falas a partir da compreensão, que, como indica Minayo (2006: 330) *“se refere, ao mesmo tempo, ao que é comum, por meio de operações de comparação; e ao que é específico,*

como contribuição peculiar de cada autor”, entendendo que “o traço essencial do compreender é o fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo” (Schleiermacher apud Minayo, 2006:330).

A contribuição da dialética está, principalmente, no entendimento de que esse ‘todo’ é dinâmico. Não existe ponto de vista fora da história; nada é fixo e absoluto; não há idéias, nem instituições nem categorias estáticas. *“A dialética é a forma mesma como a realidade se desenvolve, pois no universo tudo é movimento e transformação e nada permanece como é” (Minayo, 2006:340).*

De acordo com Minayo (2006), a dialética, metodologicamente, se traduz numa forma de abordagem crítica que busca: desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si; explicar o desenvolvimento do fenômeno dentro de sua própria lógica; evidenciar a contradição interna do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; co-relacionar as atividades e as relações.

A localização das categorias centrais utilizadas na segunda matriz de dimensões foi possível a partir da ordenação e classificação dos dados sugeridas na ‘proposta operativa’ de Minayo (2006: 350–358). Para a avaliação final buscou-se seguir as orientações da abordagem dialética citadas no parágrafo acima. Entretanto, não perdeu-se, em momento algum do processo de construção e realização da pesquisa, a noção de que a leitura que estava sendo feita era a leitura possível, guiada por questões, pressupostos e interesses; a idéia de que *“a finitude do compreender representa as limitações da consciência histórica do investigador e é uma forma de autoconhecimento” (Minayo, 2006: 333).*

CAPÍTULO III - Marco teórico conceitual: primeira matriz de dimensões.

O objetivo deste capítulo é apresentar a primeira matriz de dimensões da avaliação; é conhecer os elementos e categorias componentes de cada dimensão do modelo avaliativo proposto e entender a relação entre estas dimensões e o desempenho a ser analisado.

As dimensões que compõem a matriz são:

- determinantes da saúde dos idosos: fatores que impactam a saúde dos idosos.
- necessidades de saúde dos idosos: identificação das condições e problemas de saúde dos idosos abordados numa perspectiva integral.
- estrutura do sistema com enfoque para o processo de trabalho das equipes multiprofissionais da Saúde da Família: características do funcionamento das USF, das práticas do cuidado e da participação do fisioterapeuta.

O desempenho analisado é a acessibilidade da população idosa às ações das equipes. Supõe identificar as barreiras de acesso e o efeito destas ações; seu potencial de romper os obstáculos para sua plena utilização por parte dos idosos.

Vale ressaltar que todos estes componentes foram pensados à luz do contexto político, econômico e social responsável pela conformação do sistema de saúde e composição da Atenção Básica.

O primeiro momento deste capítulo é composto pelo aprofundamento nas três categorias analíticas do estudo (Saúde da Família, Fisioterapia e Saúde do Idoso), com o intuito de extrair delas os principais conceitos a serem trabalhados. Em seguida, com base nos conceitos adquiridos, ocorre o detalhamento de cada uma das dimensões, no processo de construção da matriz, propriamente dito.

III.1. A Saúde da Família como estratégia para a organização da Atenção Básica.

O desenho do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para reverter a forma hegemônica de prestação da assistência à saúde, na edificação de um novo modelo de atenção, surgiu em 1994. Desde então, tem se destacado na agenda nacional de saúde e no conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde, na busca pela expansão e qualificação da atenção básica.

Mendonça e Heimann (2005) dividem o processo de desenvolvimento da Saúde da Família no Brasil, através da indução federal e adesão dos municípios, em quatro fases: emergência (1994 – 1995), fusão entre Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF (1995 – 1997), expansão (1997 – 2002) e consolidação e expansão planejada / PROESF (2003 com previsão até 2007).

A política de descentralização da gestão e financiamento do sistema de saúde com repasses de recursos fundo a fundo entre esferas de governo, conduzidos pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) e implementadas em 1998, fortaleceu a dimensão estratégica da Saúde da Família e impulsionou a sua expansão. A criação do Piso da Atenção Básica (PAB fixo e variável), com adoção da remuneração *per capita*, alterou a lógica vigente de financiamento das ações de saúde na atenção básica, estimulou a implementação das equipes de Saúde da Família e possibilitou maior autonomia aos gestores municipais.

A indução financeira e gerencial do ministério da saúde sobre as diferentes realidades municipais gerou a implementação da estratégia em formas distintas, que podem ser classificadas como sendo de dois tipos: substitutivo ou misto/paralelo. O tipo substitutivo é resultado da adoção de equipes de Saúde da Família onde a rede básica era inexistente ou

quando ocorreu a substituição das UBS por USF. Caracterizam o tipo misto ou paralelo aqueles municípios que mantiveram suas UBS existentes funcionando segundo modelo definido no plano municipal e adotaram USF onde havia carência de serviços na rede anterior (Mendonça e Heimann, 2005).

Atenção Básica: algumas considerações importantes

Uma questão importante para a perspectiva histórica da adoção da Saúde da Família como modelo de atenção e estratégia para organização da atenção básica é apontada por Mendonça e Heimann (2005) ao afirmarem que a atenção básica, forma como a atenção primária à saúde (APS) foi incorporada e integrada ao SUS, supera a proposição preventivista e fundamenta-se no paradigma da determinação social da doença.

A crítica que se faz à proposição preventivista localiza-se, em boa parte, na sua visão restrita associada à racionalização de recursos ou redução de custos para a assistência, mantendo a lógica interna da clínica médica, que trabalha com fatores de risco individuais, com base na História Natural das Doenças (HND)².

O paradigma da determinação social no processo saúde/doença surgiu a partir da percepção de que a atenção médica não era suficiente nem o principal fator capaz de dar conta da saúde das pessoas. As limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença no indivíduo, fez eclodir um movimento de buscar compreender e melhorar a saúde a partir do foco nas populações; nas condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (Solar e Irwin, 2005; OMS, 2005a).

² Modelo explicativo proposto por Leavell e Clark, em 1976, que dá suporte à descrição do desenvolvimento das múltiplas e diferentes enfermidades (Rouquayrol e Goldbaum, 2003)

Este paradigma vem sendo construído, no cenário mundial, desde meados dos anos 60 e, inicialmente, se expressou através de experiências alternativas, independentes, locais ou nacionais como os “programas de saúde com base na comunidade” (OMS, 2005a)

Em 1974, a publicação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, por Marc Lalonde, apresentou o conceito de ‘campo da saúde’, que coloca a saúde numa perspectiva ampliada, como um problema complexo que deve ser pensado a partir de um conjunto de determinantes e condicionantes relacionados, também, com estilos de vida e meio ambiente, pressupondo determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais além dos serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1977, por reconhecer a existência de diferenças alarmantes nas condições de saúde e no acesso aos cuidados de saúde, dentro dos países e entre eles, lançou, por meio da resolução WHA30.43 da 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial de Saúde, o movimento “Saúde para Todos” (SPT). De acordo com a resolução, a principal meta social dos governos e da OMS deveria ser conseguir, para todos os cidadãos do mundo, inicialmente até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permitissem levar vida social e economicamente produtiva.

A Declaração de Alma-Ata, pautada na perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, definiu e conferiu reconhecimento internacional ao conceito de APS e identificou-a como principal estratégia para alcançar a meta SPT 2000, com prazo estendido posteriormente para o século XXI.

De acordo com esta Declaração, a APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, através do qual os cuidados de saúde são levados, o mais proximamente possível, aos lugares onde as pessoas vivem e

trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, que deve proporcionar serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades (WHO, 1978).

No que refere-se ao conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura e reabilitação, duas considerações importantes podem ser feitas.

A primeira diz respeito à dimensão que este conjunto ganha quando relacionado ao paradigma da determinação social do processo saúde/doença. É bastante diversa daquela apresentada no modelo de Leavell e Clark, da HND, mormente no tocante ao papel da promoção da saúde.

Deslocando-se da função de prevenção primária, cujas medidas destinam-se à proteção específica do homem contra agentes patogênicos ou o estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente, a atual concepção da promoção da saúde tem sido trabalhada desde meados da década de 70 por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas da sociedade (Buss *et al.*, 2000). De acordo com a Carta de Ottawa, emitida na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá,

“a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde se percebe, pois, não como objetivo, senão como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais assim como as atitudes. Por conseguinte, dado que o conceito de

saúde como bem-estar transcende a idéia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde.” (OMS, 1986)

Uma das bases importantes para tal conceito é a compreensão de que a ‘política de atenção à saúde’ é apenas uma parte integrante de uma ‘política de saúde’ mais robusta, que deve ser tratada não somente pelo setor saúde, mas também por diferentes unidades dos governos, pelos setores privado e não-governamental e pela sociedade, compondo redes de co-responsabilidade e compromisso com a qualidade de vida da população em que todos participem do cuidado à saúde.

A participação ativa na promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, implica: a elaboração de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis; o reforço do poder de decisão dos indivíduos e das comunidades com estímulo à independência e ao apoio social; o incremento, através de informação e educação em saúde, das opções disponíveis para que a população exerça um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente; a reorientação dos serviços de saúde para que estes transcendam os serviços clínicos e médicos e tornem-se um sistema de proteção da saúde, sensível às necessidades culturais dos indivíduos e capaz de respeitá-las.

Compreendida como campo conceitual, metodológico e instrumental, ainda em desenvolvimento, a promoção da saúde propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes, permitindo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis (Brasil, 2006a).

A segunda consideração em relação ao conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação refere-se à junção destas no mesmo nível de atenção do sistema de saúde: na atenção básica.

Esse ponto tem dois aspectos que merecem ser destacados. O primeiro é a compreensão de que a reabilitação de doenças e lesões comuns podem ser mais acessíveis à população e menos onerosos ao sistema se realizados, com tecnologias apropriadas, no ambiente em que as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades.

Essa concepção é mais adequada e compatível com a visão, proposta pela Carta de Ottawa, de que a saúde deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana e com a perspectiva da saúde como “*extensão na qual o indivíduo ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e de lidar com seu ambiente*” (OMS, 1986).

A partir dos anos 80, a questão da deficiência ganha visibilidade na agenda internacional, reafirmando a necessidade de um novo olhar e novas abordagens para o tema. A divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, aprovado pela ONU em 1982, que “*ressalta o direito dos deficientes às mesmas oportunidades dos demais cidadãos, bem como usufruir, em condição de igualdade, das melhorias nas condições de vida ...*” traz uma nova perspectiva para a reabilitação (Bodstein, Ramos e Hortale, 2003).

“Em termos de reabilitação no âmbito internacional, a novidade é dada a partir de uma visão abrangente e multidimensional, envolvendo na implementação diversas instâncias políticas, níveis e setores da administração pública, bem como um processo amplo de co-responsabilização dos portadores, das famílias e comunidades. Enfim, ações de reabilitação compreendem treinamento e

empowerment do deficiente, intervenções sociais amplas, adaptação do meio ambiente e proteção dos direitos do portador.” (Bodstein, Ramos e Hortale, 2003: 41)

A discussão conceitual em relação ao portador de deficiência e à reabilitação levou à associação, na prática, de dois componentes principais: o funcional e o social. Este enfoque influenciou, também, a assistência em reabilitação daqueles que não são propriamente portadores de deficiência, mas sim das chamadas lesões transitórias, *“para quem a rede de saúde deve estar preparada e acessível”* (Bodstein, Ramos e Hortale, 2003).

O outro aspecto é o fato de ser cada vez mais difícil separar ações curativas e preventivas. As ações devem ter como meta melhorar a qualidade de vida da pessoa ou da comunidade. A partir do momento em que atinge esse objetivo, muitas vezes, torna-se limitado afirmar que ela foi só curativa, preventiva ou até mesmo reabilitadora.

A cura e a reabilitação de um indivíduo melhoram as condições de vida de toda uma família, promovendo a saúde deste grupo e prevenindo uma série de complicações. Por outro lado, ações preventivas podem curar “doenças sociais”.

“O ambiente social pode ter papel curativo importante, assim como a existência de serviços confiáveis de saúde pode exercer função preventiva pelo sentimento de confiança que cria na população.” (House, *apud* Mendes, 1996:236)

A Saúde da Família enquanto modelo de atenção

Modelos de atenção à saúde são definidos genericamente por Teixeira (2000) como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas”.

De acordo com Souza (2003), o produto do novo modelo de atenção proposto pela implantação da estratégia Saúde da Família é resultado da substituição do processo de trabalho e é representado pela transformação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidades de Saúde da Família (USF).

A Saúde da Família baseia-se no trabalho das equipes multiprofissionais. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), as equipes devem ser compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e, quando ampliadas, devem contar, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Se no modelo assistencial privatista o profissional médico tem uma presença forte e predominante nas intervenções, ocasionando um papel secundário aos outros profissionais que compõe a força de trabalho na saúde, na Saúde da Família há uma inversão deste valor (Souza, 2003). Isso gera uma demanda crescente por novas formas de organização do trabalho que dêem conta do trabalho cooperativo na equipe de saúde e que extrapole o somatório das competências individuais (Cordeiro, 2000).

Segundo Cordeiro (2000), são princípios centrais da estratégia Saúde da Família, além daqueles que caracterizam o SUS, envolver a participação dos integrantes da equipe e, progressivamente, agregar outras categorias profissionais, desenvolvendo um novo processo de trabalho nos cuidados à saúde a partir da substituição das práticas convencionais de atendimento e de funcionamento das unidades de saúde.

O funcionamento das USF tem como base os principais atributos da APS, imbricados entre si e descritos por Starfield (2002) como sendo: atenção ao primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação (integração dos diversos serviços de saúde do sistema).

O significado da ‘atenção ao primeiro contato’ é ser o local onde a atenção é buscada a cada nova necessidade de saúde observada. ‘Porta de entrada’ do sistema de serviços de saúde é o termo geralmente utilizado.

De um modo geral, a atenção básica é considerada a porta de entrada por ser o nível do sistema de serviços de saúde de mais fácil acesso, no qual os cuidados são levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. No entanto, ser a porta de entrada implica acessibilidade e as barreiras geográficas – características físicas do ambiente que impedem ou dificultam o acesso às ações de saúde (Fekete, 1997) – são apenas uma parte dos obstáculos que precisam ser minimizados ou anulados no processo de busca e obtenção de cuidado à saúde, sob o qual se restringe o domínio da acessibilidade.

O processo de busca e obtenção de cuidado à saúde possui, como um extremo, a disponibilidade de recursos e a capacidade para produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde de uma dada população e, como outro, a utilização dessas ações por parte dessa população. Envolve a identificação das necessidades de saúde da população atendida, a criação de recursos capazes de dar conta destas necessidades e a geração de mecanismos de aproximação e participação desta população.

Buscar atenção em um determinado lugar supõe a crença de que este local possa, de alguma forma, garantir resolutividade para a questão apresentada. Este senso de confiança é fortalecido pela ‘longitudinalidade’, atributo da APS que implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.

Com o objetivo, também, de garantir esse atributo, a Saúde da Família trabalha com população adstrita. Atua em um território definido, com uma população delimitada, permitindo que essa população identifique aquela unidade de saúde como sua fonte de atenção e que se estabeleça vínculo: fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais das equipes.

A longitudinalidade é fundamental para quebrar as barreiras que Fekete (1997) classifica como sócio-culturais da acessibilidade, que se estabelecem, mormente, a partir das inadequações na relação entre os profissionais de saúde e a população atendida. As diferenças nas realidades sócio-culturais dos profissionais e usuários podem gerar dificuldades de comunicação e de compreensão da percepção do outro sobre o corpo, a saúde, a dor, a doença, crenças e diversos outros elementos que encontram-se na prática do cuidado.

Conhecer a realidade de vida do usuário e da comunidade em que ele vive e acompanhar, ao longo do tempo, suas experiências no processo saúde/doença facilita: a percepção e identificação das necessidades de saúde desta população atendida; a comunicação com as pessoas e a adequação dos modos de intervenção; a observância e o acompanhamento do processo terapêutico e a continuidade do cuidado.

Desta forma, atua-se sobre os outros dois grupos de fatores que, segundo Fekete (1997), podem obstaculizar a acessibilidade dos usuários às ações das equipes: os de ordem organizacional e os de ordem econômica.

Os obstáculos econômicos, por se tratar da Saúde da Família, parte integrante do SUS, sistema de saúde público, gratuito e universal, concentram-se principalmente em gastos com deslocamento, tanto no custo das passagens quanto nas perdas de horas ou dias de trabalho, e alguns medicamentos. Cabe às equipes, a partir do conhecimento sobre as condições de vida

de sua população usuária, encontrar alternativas viáveis e negociáveis com a própria população que permitam adequar suas ações à realidade local e das pessoas. As barreiras de ordem organizacional se originam nos modos de organização dos recursos da unidade de saúde para o cuidado à saúde e podem ser encontradas tanto no contato inicial, na dificuldade de acesso à unidade de saúde ou à equipe quanto ao longo do processo da atenção (Fekete, 1997).

Um aspecto importante relativo aos obstáculos organizacionais ao longo do processo da atenção está diretamente relacionado ao atributo ‘coordenação’ da APS, que significa a integração dos diversos serviços dos sistemas de saúde, onde quer que eles precisem ser prestados.

O que se propôs para os serviços de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde foi a organização por níveis de atenção. A Lei 8.080, de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, prevê que as ações devem ser desenvolvidas e organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada. A tecnologia utilizada no atendimento deve ser adequada a cada nível. A integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços aumenta a necessidade de fontes sólidas de informação e mecanismos formalizados e eficientes de referência e contra-referência.

Estes são elementos essenciais para se pensar a ‘integralidade’ da atenção, atributo da APS e princípio ordenador do SUS.

Numa primeira instância de análise, é possível apreender que o conceito de integralidade prevê a oferta, de forma articulada, de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a integração da atuação dos diversos níveis da atenção (primário, secundário e terciário), conforme as necessidades. No entanto, torna-se importante aprofundar

essa análise quando percebe-se que a busca pela reorientação do modelo de atenção, com a implementação do SUS, traz a integralidade como “bandeira de luta”; como indicador da direção que deseja-se imprimir ao sistema e suas práticas (Mattos, 2001).

Nessa perspectiva, Mattos (2001) apresenta a integralidade como um conjunto de valores que situa-se:

- nas práticas dos profissionais de saúde, individualmente, ao criticar a atitude cada vez mais fragmentária e reducionista pautada na lógica das especialidades e propor buscar compreender o conjunto de necessidades que um usuário apresenta, para além de sua queixa médica;
- na organização dos serviços e das práticas de saúde como *“um princípio da organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”* (p.57);
- na configuração de políticas específicas com o intuito de dar respostas governamentais às necessidades de grupos com características especiais, sem reduzir os sujeitos a objetos descontextualizados.

Percebe-se que o que se propõe é que toda ação seja pautada nas necessidades de saúde da população e voltada para ampliar a capacidade de apreensão destas necessidades, permitindo a adequação permanente das ações às realidades e a transformação das realidades e necessidades a cada momento, ao longo do andar da vida.

A complexidade desse processo, que se dá a partir da interação de sujeitos (usuários, profissionais e gestores), com tensionamento e disputa frente a um determinado projeto

político institucional, reflete-se na complexidade do trabalho das equipes neste primeiro nível da atenção.

Os profissionais que trabalham na saúde da família são responsáveis pela criação de novas práticas a partir dos seus conhecimentos, dos recursos materiais disponíveis e da interação com os outros profissionais, com os usuários e com a realidade dos locais nos quais atua.

Antes de tudo, a substituição das práticas convencionais de atendimento objetivada pelas equipes requer a adoção da maneira interdisciplinar de se afirmar o trabalho multiprofissional. Como afirma Ceccim (2005: 265), no lugar interdisciplinar estaria a produção de cenários de trabalho em saúde “*onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em aprendizagem*”. Estaria uma prática do cuidado “mestiça”, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais); em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio estaria na transformação permanente.

Na Saúde da Família, cada equipe responsabiliza-se pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, desenvolvendo ações dentro e fora das unidades. São suas atribuições (Brasil, 2006b):

- cadastramento de todas as famílias que vivem em sua área de abrangência, identificando a população e criando vínculos com os profissionais e com a unidade de saúde;
- realização de diagnósticos, junto com as famílias, dos seus problemas de saúde, para que a equipe possa planejar suas ações, dentro das necessidades da população;

- acompanhamento dos grupos mais vulneráveis ao adoecimento e à morte e dos portadores de doenças crônico-degenerativas, por meio de ações programadas, com o objetivo de minimizar e reduzir riscos;
- desenvolvimento de ações de educação em saúde – palestras, reuniões de grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, adolescentes), visitas domiciliares, vacinação, mobilização comunitária, entre outras;
- atendimentos agendados ou por demanda espontânea na unidade de saúde ou a domicílio.

As funções das equipes devem ser desempenhadas tanto numa abordagem individual quanto coletiva. Os profissionais devem atender a todos os componentes da família, independente de sexo ou idade, comprometendo-se com a pessoa de forma integral, não se limitando a um conjunto de conhecimentos especializados ou com um grupo de doenças.

Os profissionais devem partir da premissa que as alterações físicas ou mentais vivenciadas pelos indivíduos geram uma desarticulação de sua existência, abalando e desestruturando a dinâmica de sua família e dos demais grupos com os quais se relacionam e nos quais se encontram inseridos. Devem ser capazes de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu ambiente (Reis, 2001).

Sendo assim, as ações precisam estar permeadas de preocupações coletivas e sociais e articuladas com outros setores da sociedade. Desta forma, tornam-se atribuições das equipes, também: proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento; provocar o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

As atribuições e o novo processo de trabalho designados para as equipes de Saúde da Família exigem, além de conhecimentos técnicos que estão bem desenvolvidos e sob domínio das diversas categorias profissionais, um conjunto de novas competências que precisam ser desenvolvidas. Isso torna a formação contínua dos profissionais envolvidos um desafio crucial para o êxito da proposta, tendo em vista que *“as mudanças no modelo de atenção têm início durante o processo de formação e dependem da adesão e da qualidade do trabalho desenvolvido pelo profissional”* (Amâncio Filho e Vieira, 2006:17-18).

III.2. A Fisioterapia frente os novos desafios da saúde.

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, instituídas pela Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, superando o Currículo Mínimo, proposto pela Resolução nº. 4/83 do Conselho Federal de Educação e apontando para mudanças na formação dos fisioterapeutas, tornando-a condizente com o modelo de atenção integral à saúde almejado pelo SUS, existe, ainda, uma tendência no ensino superior de Fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas (Pereira e Almeida, 2003).

Esta tendência é resultado de um processo histórico de construção da profissão, que surgiu como uma *“especialidade paramédica”* (Houaiss, 2001) com o propósito, segundo Rebelatto e Botomé (1999), de reabilitar e preparar as pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva.

A gênese e o desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil ocorreu a partir de demandas sociais, políticas e econômicas vigentes no país ao longo da segunda metade do século XX e em conformidade com a prática sanitária da atenção médica.

“A prática sanitária é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde.” (Mendes, 1996:241)

O “paradigma flexneriano”, consolidado a partir das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, constituiu uma base forte capaz de sustentar o modelo médico-assistencial privatista e se expressa por meio de um conjunto de elementos que coexistem, complementam-se e potenciam-se (Mendes, 1996):

- o mecanismo – introduz-se na medicina científica pela analogia do corpo humano com a máquina;
- o biologismo – pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências;
- o individualismo – manifesta-se pela instituição do objeto individual da saúde e pela alienação dos indivíduos, excluindo de sua vida os aspectos sociais;
- a especialização – aprofunda o conhecimento específico e separa o produtor do processo de produção;
- a tecnificação do ato médico - uma nova forma de mediação entre os homens, os profissionais e a doença
- o curativismo – prestigia o processo fisiopatológico em detrimento da causa, com foco no diagnóstico e na terapêutica.

Foi sobre essa base que se construiu a Fisioterapia e seu objeto de trabalho e estudo, enfatizando e dirigindo as definições do seu campo profissional para as atividades

recuperativas e reabilitadoras. Isso fez parecer que as possibilidades de trabalho da profissão esgotavam-se nos níveis secundário e terciário da atenção.

“O trabalho do fisioterapeuta tem se constituído na atenção especializada a um paciente. ... Um trabalho eminentemente técnico, amparado em bases científicas, que recupera e melhora as condições de vida do usuário.[...] A formação em fisioterapia leva o estudante a interessar-se quase que exclusivamente pelas disciplinas “técnicas”, como a ortopedia-traumatologia, a reumatologia, a neurologia, a cardio-pneumonia, etc.” (Schwingel, 2002: .232 / 229)

Não se pode ignorar que o interesse do estudante está ligado às oportunidades do mercado de trabalho. Na Fisioterapia, tais oportunidades têm acontecido, sobretudo, nas clínicas particulares, por meio de suas subespecializações: osteopatia, quiropraxia, acupuntura, fisioterapia neurofuncional, fisioterapia pneumofuncional e fisioterapia traumato-ortopédica funcional.

A presença do fisioterapeuta no setor público é ainda pequena, senão nula, em algumas regiões, e o vínculo maior entre este profissional e o SUS está relacionado ao setor privado, por intermédio de convênios estabelecidos com as clínicas e os prestadores de serviços de fisioterapia (Pereira e Almeida, 2003).

Mais recentemente, no Brasil, tornou-se notória a articulação da fisioterapia com o âmbito hospitalar, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-Intensiva (local onde os pacientes são encaminhados após alta da UTI), nas quais se busca a colaboração da fisioterapia respiratória (Nogueira, 2000).

Entretanto, as alterações de cenário na área da saúde, no país, no final do século XX, criaram desafios importantes às diversas categorias profissionais. À Fisioterapia destacaram-

se a necessidade de incorporar em seus objetivos a promoção da saúde e de integrar seus atos curativos e reabilitadores a essa nova perspectiva, inovando nas formas de agir no cuidado à saúde, a partir de um olhar mais integral do indivíduo.

A análise de documentos legais que aprovam as normas para a habilitação ao exercício da Fisioterapia no Brasil, desde a criação da profissão como de nível superior, pelo decreto-Lei nº 938, em outubro de 1969, até os dias atuais, a fim de identificar seus objetos de estudo e trabalho, permitiu reconhecer as transformações ocorridas nestes objetos e relacioná-los às mudanças ocorridas na área da saúde, no país, nas décadas de 70 e 80 do século XX (Rezende, 2005).

A partir desta análise, que acabou por concentrar-se nas Resoluções COFFITO nº 08 (que aprova normas para habilitação ao exercício da profissão) e nº 80 (baixa Atos Complementares à Resolução nº 08), foi possível perceber a busca, por parte da Fisioterapia, pela ampliação do seu campo de ação, acompanhando, no período pré-SUS, o movimento da reforma sanitária em prol da redefinição da política de saúde brasileira (Rezende, 2005).

O Quadro 1 apresenta uma síntese da relação entre as transformações na regulamentação da Fisioterapia e as principais mudanças ocorridas na área da saúde, no Brasil, no mesmo período.

Quadro 2 - A Fisioterapia e a área da saúde, no Brasil, na segunda metade do séc. XX.

Fisioterapia	Área da Saúde
1969 - Decreto-Lei nº. 938 Cria a profissão de fisioterapeuta. Ato profissional: terapia física (tratamento) Foco da atenção: capacidade física	Década de 60: - Predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença; - Paradigma flexneriano.

<p>1978 – Resolução COFFITO nº. 08</p> <p>Objeto de estudos: corpo humano (órgão, sistemas e funções)</p> <p>Campo de atuação: prevenção primária, secundária e terciária.</p> <p>Ato profissional: Terapia Física</p> <p>Foco da atenção: saúde</p>	<p>Década de 70:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No Brasil: implantação da proposta da medicina preventiva; - Surgimento de novos conceitos de saúde e de novas concepções do processo saúde-doença.
<p>1987 – Resolução COFFITO nº. 80</p> <p>Objeto de estudos: movimento humano</p> <p>Campo de atuação: diversos níveis da assistência à saúde</p> <p>Ato profissional: Terapia Física</p> <p>Foco da atenção: saúde (qualidade de vida)</p>	<p>Década de 80:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auge do Movimento da Reforma Sanitária; - VIII CNS (1986); - Criação do SUS (1988).

Fonte: Rezende (2005), adaptado.

Na década de 70, no Brasil, a proposta de medicina preventiva foi implantada por intermédio da reforma do ensino médio e da saúde pública (Sabroza, 2004). Paralelamente, neste mesmo período, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos foram fortemente questionados e surgiram, no cenário mundial, novos conceitos de saúde e novas concepções do processo saúde-doença, que procuravam articular, como dimensões explicativas, a biologia humana, estilos de vida, o ambiente e serviços de saúde.

A década de 80 foi um período efervescente para a área da saúde no Brasil. O movimento da Reforma Sanitária despontou como um dos protagonistas políticos na luta pela redemocratização do país. Respalado pelas novas concepções do processo saúde-doença surgidas no cenário mundial na segunda metade dos anos 70, o movimento buscou a redefinição da política de saúde brasileira, a partir da incorporação dos determinantes sociais, da ênfase às condições de vida e da garantia da cidadania.

A Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), cuja realização esteve diretamente vinculada ao movimento sanitarista, ocorreu em março de 1986. Tinha como um de seus principais temas a reformulação do sistema nacional de saúde. Em seu relatório final, a saúde

foi definida em um sentido mais abrangente, como “*resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida*” (p.382) e foi proposta a criação de um sistema unificado de saúde, com “*a integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo*” (p.384) (Brasil, 1987).

Como resultado da análise, em relação à Fisioterapia, foi possível apontar, dentre outras, as seguintes questões (Rezende, 2005):

1. houve uma ampliação considerável no campo de atuação do fisioterapeuta, adotando a perspectiva proposta no SUS, de um sistema de saúde hierarquizado com níveis distintos de atenção e apontando a Fisioterapia como profissão apta a atuar em todos eles;
2. ocorreu a mudança no objeto de estudos e trabalho da Fisioterapia, que passa a ser compreendido como o movimento humano “*em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função*” (Resolução COFFITO nº 80, 1987);
3. O foco da atenção expandiu-se, da “*capacidade física do paciente*” (Decreto-Lei nº 938) para a saúde, compreendida como qualidade de vida;
4. dialeticamente, não conseguiu-se extrapolar a restrição do ato do fisioterapeuta ao “*processo terapêutico*”.

A mudança no objeto da fisioterapia é essencial para buscar um novo perfil do profissional fisioterapeuta, com condições de intervir não somente nas doenças instaladas, mas nas condições e necessidades de saúde das populações; no processo de desenvolvimento de limitações funcionais³, propondo meios e recursos para evitar a instalação de situações

³ As limitações funcionais consistem em uma inabilidade pessoal de desempenhar tarefas e atividades consideradas usuais para o indivíduo. Este conceito será melhor trabalhado mais adiante, no item III.2 (“A saúde do idoso e a Fisioterapia no âmbito da Saúde da Família”) deste mesmo capítulo.

comprometedoras da qualidade de vida. Para além do tratamento e da reabilitação, o fisioterapeuta assume o encargo de agir no desenvolvimento das potencialidades do indivíduo na execução de suas atividades laborativas e da vida diária.

No entanto, a Resolução COFFITO nº 80, última publicada que trata diretamente e amplamente desse assunto, prossegue considerando que a Fisioterapia, *“como processo terapêutico, lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-social, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida”*.

A manutenção da compreensão do ato do fisioterapeuta restrita à “Terapia Física”, ao processo de tratamento, dificulta a incorporação deste profissional no novo modo de atuar na saúde proposto pela Saúde da Família. Como apontado por Stedile e Claus (2006), na medida em que a própria formação enfatiza o tratamento, a identidade profissional tende a ser concebida e definida pela utilização dessa maneira de atuar, em detrimento da busca de outras formas e possibilidades de atuação.

Para atuar, conforme preconizado na sua Resolução COFFITO nº 80, em todos os níveis da atenção à saúde, torna-se essencial que a Fisioterapia repense o ato fisioterapêutico e formule seu núcleo de atuação no primeiro nível do cuidado; proponha o “fazer” da Fisioterapia, dentro das necessidades de saúde da população, no escopo das ações da Atenção Básica; compreenda que necessidades podem ser supridas com a sua atuação nas equipes multiprofissionais e o que deve ser feito por estes profissionais para tanto.

A integração nas equipes da Saúde da Família de novas categorias profissionais, além daquelas determinadas pelo Ministério da Saúde, requer a noção da importância de tal integração através do reconhecimento do potencial de contribuição destas categorias para o

êxito da proposta. No entanto, das experiências isoladas de alguns municípios brasileiros que incorporaram a Fisioterapia às suas equipes, pouco material científico tem sido produzido, dificultando o embasamento teórico para tal reconhecimento.

Para aumentar o horizonte do campo de atuação profissional do fisioterapeuta é necessário uma conceituação mais abrangente da atuação em Fisioterapia, que se diferencie da forma tradicional. Quanto maior a visibilidade do profissional em relação às possibilidades de atuar profissionalmente e de obter resultados que melhoram as condições de saúde do maior número possível de indivíduos, maior também é a probabilidade de intervir em saúde com alto grau de resolatividade, em diferentes situações (Stedile e Claus, 2006).

Aprofundar no objeto da Fisioterapia fazendo com que, a partir da identificação e monitoramento das condições de saúde de uma determinada região possa garantir-se a funcionalidade do movimento humano dos indivíduos daquela comunidade é a proposta que está sendo desenvolvida desde a implantação do curso de Fisioterapia na Universidade de Caxias do Sul, no ano de 2001 (Stedile e Claus, 2006).

No contexto do desenvolvimento das habilidades/competências dos profissionais fisioterapeutas com o intuito de alcançar este perfil profissional destaca-se a relação permanente entre as demandas humanas e sociais de saúde, a produção contínua de novos conhecimentos tecnológicos incorporando os diferentes saberes de forma interdisciplinar e a capacidade de monitoramento e atuação sobre as condições de funcionalidade do movimento humano no ciclo vital, integrando aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos locais e valorizando um novo modo de produção de intervenções.

De acordo com Stedile e Claus (2006), o mapeamento do ciclo vital é essencial para um entendimento integral do indivíduo e para a previsão das necessidades e dificuldades que

surtem durante o desenvolvimento humano. Na perspectiva de que o desenvolvimento do ciclo vital não ocorre em ritmo linear, mas em estgios sucessivos, *“as condições de passagem de um estágio para outro interferem nos seguintes, exigindo adaptações em cada “crise/transição”, para que não ocorram desajustes físicos, cognitivos, sociais ou emocionais que possam comprometer a funcionalidade do movimento dos indivíduos”* (p.144).

Segundo as autoras, nesse sentido, o monitoramento dessa funcionalidade no ciclo vital procura estabelecer um diálogo entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, entendendo que não existe uma única maneira adequada de viver, mas tipos diferentes de integração viáveis, exigindo dos fisioterapeutas a compreensão das pessoas e seus modos de vida e a reação frente à evolução e as condições de vida em que estão inseridas.

No que se refere à saúde dos idosos, a presença do fisioterapeuta nas equipes multiprofissionais da Saúde da Família, com a perspectiva do monitoramento da funcionalidade e estimulação da potencialidade do movimento humano adquire particular relevância.

III.3. A saúde dos idosos no âmbito da Saúde da Família

De acordo com a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), é considerada pessoa idosa, no Brasil, aquela com 60 ou mais anos de idade. No entanto, as pessoas que ultrapassam este corte não representam um grupo homogêneo.

Vale considerar, em primeiro lugar, que os idosos com idade maior ou igual a 85 anos constituem o segmento que mais cresce da população brasileira (Lima-Costa, Barreto e Giatti, 2003) e caracteriza-se como o grupo que, geralmente, apresenta uma grande carga de doenças crônicas e limitações funcionais (Caldas, 2003).

Por outro lado, como afirma Beauvoir (1990), a velhice não é um fato estático, mas o resultado e o prolongamento de um processo de envelhecimento.

A idade não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento nem determina o estado geral de uma pessoa. Medida pelo transcurso do tempo, forma apenas uma unidade de análise social, uma coorte. Cada pessoa vive o tempo objetivo de forma e em realidades diferentes. Isso produz efeitos muito distintos e faz com que haja variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre idosos que possuem a mesma idade.

Considerando que o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações significativas na composição, estrutura e fisiologia dos sistemas orgânicos e do indivíduo como um todo, mas também marcado pelo estilo de vida e por mudanças importantes nas relações sociais, a condição de saúde do idoso está diretamente relacionada com a forma como se dá esse fenômeno. Dito de outro modo, os fatores determinantes da saúde do indivíduo ao longo de toda a sua vida são fatores determinantes também da sua condição de saúde na idade avançada. Desta forma, quando idoso, além de influenciado pelos fatores determinantes da saúde daquele momento que se está vivendo, o estado de saúde do indivíduo remete a toda sua história de vida.

Determinantes da saúde dos idosos

Nos últimos quinze anos vários modelos foram desenvolvidos para demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais da saúde (DSS) afetam os resultados na saúde; para elucidar as conexões entre os diferentes tipos de determinantes da saúde e para localizar pontos estratégicos para as ações das políticas (Solar e Irwin, 2005).

O modelo de Whitehead e Dahlgren (Figura 1), demonstra os níveis de atuação sobre os DSS. Classifica os determinantes apontando uma gradação desde os mais gerais, relacionados às estruturas socioeconômicas e culturais de uma sociedade até os determinantes ligados à biologia dos indivíduos

Figura 2 - Modelo proposto por Whitehead e Dahlgren para classificar os determinantes da saúde



Fonte: Pellegrini Filho, 2006.

Segundo este modelo, sobre o indivíduo, com suas características genéticas, sexo e idade que, indubitavelmente influenciam seu potencial de saúde final, incide quatro grupos de determinantes que se inter-relacionam entre si e sobre os quais é possível atuar: o estilo de vida; as redes sociais e comunitárias; as condições de vida e de trabalho e as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade.

O impacto das características biológicas, como idade, sexo e raça, dos indivíduos sobre sua saúde é diretamente influenciado pela forma como a sociedade atribui papéis funcionais a estes indivíduos, de acordo com essas características. Desta forma, a separação

entre determinantes sociais e individuais torna-se inviável na realidade (Pellegrini Filho, 2006).

No que se refere à saúde dos idosos, a inviabilidade desta separação fica bastante evidente. O próprio conceito de idoso não está unicamente relacionado à idade cronológica, mas também ao grau de desenvolvimento da sociedade na qual o indivíduo está inserido. Para os países desenvolvidos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota o corte de 65 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população. Para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adota os 60 anos.

Outro bom exemplo desta junção de determinantes sociais e individuais encontra-se na seguinte citação: *“O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres e a proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento”* (Camarano et al. apud Brasil, 2006).

Diversos fatores sociais estão envolvidos na maior sobrevivência das mulheres. Sexo e gênero são conceitos distintos. Gênero compreende uma série de significados culturais atribuídos às diferenças biológicas entre homens e mulheres. Varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo) (Korin, 2001).

Dentre os elementos classificados como estilos de vida encontram-se aqueles que estão sob maior controle do indivíduo. Significa condutas individuais tais como: higiene pessoal, dieta alimentar, atividade física, comportamento sexual, interação na família e na comunidade, entre outros. No entanto, o influxo de fatores sociais, econômicos e ambientais

nas decisões das pessoas sobre sua saúde torna o estilo de vida produto de combinações de escolhas, oportunidades e recursos (Lyons e Languille, 2000; Pellegrini Filho, 2006).

O fumo, o consumo de bebidas alcoólicas, a ausência de dieta adequada para aquisição de massa óssea, redução de massa gordurosa e incremento da massa muscular e a falta de prática de atividades físicas têm sido apontadas como principais fatores de risco relacionados a comportamentos e estilo de vida dos idosos.

São atribuídas à prática regular de atividade física, mesmo se iniciada após os 65 anos: maior longevidade, redução das taxas gerais de mortalidade, aumento da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, diminuição do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional mais elevado, redução na frequência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos como melhora da auto-estima (Chaimowicz, 1997).

A falta de interação na família e/ou na comunidade, também conhecido como ‘isolamento social’, é um importante fator determinante da saúde dos idosos relacionado ao estilo de vida. Pode estar associado à uma série de fatores distintos, dentre eles: o medo e a insegurança, a aposentadoria e à falta de motivação e oportunidades.

A aposentadoria, muitas vezes, é momento em que o trabalhador perde o grupo de relação, de contato diário, os companheiros de trabalho. O trabalho industrial, baseado na exploração dos assalariados e aceleração dos ritmos de produção, tornou-se incompatível com a idade avançada (Moragas, 1997).

Na sociedade contemporânea as obrigações são fundamentalmente trabalhistas e através delas a pessoa conquista *status* econômico e social. Segundo Linton (*apud* Moragas,

1997:89), o termo “*status*” é considerado como definidor da posição social ou esquema global de interação:

“Cada pessoa tem tantos status quantas forem as manifestações de sua interação, ou se se prefere, um status global, como resultado da soma de status parciais. A cada status pessoal corresponde um papel ou aspecto dinâmico deste; através da soma de status e de papéis se define a posição individual da pessoa, soma de direitos e obrigações que configuram o seu comportamento social.”

Ao aposentar-se, o idoso passa a integrar a categoria ‘não-produtiva’ e a sociedade, por não reconhecer um papel social para o aposentado delegou a ele um ‘papel sem papel’; carente de sentido para os valores atuais (Moragas, 1997).

Por motivos óbvios, ao menos na sociedade ocidental atual, o problema de isolamento social devido à aposentadoria é uma questão de gênero: está mais ligado aos homens que às mulheres. Os idosos de hoje carregam em si a cultura de um tempo onde o acesso da mulher ao mercado de trabalho era reduzido, não só em termos de quantidade, mas também a determinadas funções.

Educar os filhos, cuidar dos netos, dos cônjuges, dos idosos e do lar são atividades desenvolvidas, exclusivamente ou associadas às profissionais, geralmente pelas mulheres, das quais nunca se aposentam, o que acaba as protegendo dos efeitos adversos da aposentadoria. “*A aposentada não tem um ‘papel sem papel’, como o homem, mas uma posição com muitos papéis*” (Moragas, 1997: 160).

O ajuste pessoal do aposentado à nova situação de vida depende de fatores como: condições de saúde, possibilidades financeiras, motivações e interesses para realizar novas atividades. Esse processo, também denominado ressocialização, reconstrói relações sociais

rompidas após muitos anos de desempenho de papéis estabelecidos e demanda o aprendizado de obrigações e direitos de novos papéis (Moragas, 1997).

A intensidade das motivações para enfrentar o processo de ajuste a novos papéis e reconstrução de relações está relacionada com a possibilidade de atingir os objetivos que o indivíduo se propõe. A percepção das possibilidades limitadas e da redução de oportunidades e alternativas tende a diminuir a motivação e favorecer a acomodação.

A falta de oportunidades é um fator importante que contribui para o isolamento social. Muitas vezes há carência de atividades sociais comunitárias acessíveis e interessantes que favoreçam o entrosamento. Quando há atividades, a participação de alguns idosos, principalmente dos homens, precisa ser bem trabalhada, pois existe ainda o problema do preconceito que a ‘velhice’ carrega: *“ela é um mito temido e mal recebido pelo indivíduo idoso que pode acabar por se preocupar mais em negar esta etapa de vida que está vivendo do que trabalhar a manutenção prazerosa de sua sanidade física e mental”* (Rezende e Caldas, 2003: 17).

O medo, como fator desencadeador do isolamento social, pode surgir de uma auto-percepção, por vezes exagerada, de fragilidade. Fragilidade compreendida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do meio ambiente; condição observada em pessoas com reduzida capacidade de adaptar-se ao estresse causado por situações de risco (Hazzard *et al.* *apud* Caldas, 2003).

Um bom exemplo deste medo é quando, após uma queda, mesmo sem comprometimentos, o tamanho dos passos diminui, a quantidade de saídas de casa reduz e a insegurança pode ser tanta que o indivíduo prefere permanecer em ambiente seguro e

recolhido. Outro exemplo diz respeito à violência, à qual os idosos são comprovadamente mais suscetíveis.

O efeito protetor das relações sociais tem sido amplamente reconhecido. A importância das relações sociais é evidenciada por trabalhos que associam altos escores de satisfação com a vida e melhor estado de saúde, subjetiva e objetiva, de idosos com frequência de contatos com irmãos e amigos. Têm-se observado, em população de idosos, associação positiva entre redes sociais formada por grande número de amigos e maiores escores de estado de ânimo e elevada auto-estima (Rosa, 2004).

A estrutura das relações sociais refere-se à organização do vínculo de pessoas, umas com as outras, e se divide em relações formais e informais. Dentre as funções destas relações está a ancoragem social, relacionada com o “grau de pertencer” a um determinado grupo, e o apoio social. O apoio social caracteriza-se pelo nível de recursos fornecidos por outros e pode ser classificado como: apoio emocional, instrumental (provimento de necessidades materiais em geral), de informação (aconselhamentos, sugestões e orientações para lidar/resolver problemas) e interação social (Rosa, 2004).

Quanto aos determinantes ligados às condições de vida e de trabalho e às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais destaca-se que uma das características mais marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza (Chaimowicz, 1997). A má distribuição de renda, falta de saneamento básico, baixo nível de escolaridade, alto índice de analfabetismo, aposentadorias e pensões de pouco valor, subempregos e migração populacional com o enfraquecimento do papel da família como provedora de suporte aos idosos são algumas das questões essenciais para a discussão da qualidade de vida e condições de saúde deste grupo populacional.

Outro aspecto determinante da saúde do idoso e particularmente importante para o escopo deste estudo é a organização dos serviços de saúde.

Apesar do idoso saudável representar a maioria da população acima de 60 anos, os idosos são os maiores usuários dos serviços de saúde. O pequeno grupo com problemas de saúde revela uma demanda ampliada dos serviços, de alta densidade tecnológica e alto custo, por tempo prolongado (Veras, 2003).

Isso se deve, em parte, à forma como o cuidado vem sendo operado. Os sistemas de saúde apresentam-se fragmentados; “... *se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, com débil atenção primária à saúde...*”. Estão voltados para a atenção a condições agudas e de manifestação abrupta e as intervenções buscam, normalmente, à cura de processos patológicos instalados (Mendes, 2002: 15).

As características e necessidades peculiares da saúde do idoso tornam seu cuidado diferenciado e demanda novas concepções de atenção à saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em outubro de 2006 como resultado de um processo de organização do país para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece, coloca, como uma de suas diretrizes, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Propõe, como estratégias para atingi-la, dentre outras: a incorporação, na estratégia Saúde da Família, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo de instrumentos técnicos validados de avaliação funcional e psicossocial, e o suporte qualificado e constante às famílias, responsáveis pelos cuidados domiciliares (Brasil, 2006).

Características da saúde dos idosos

A compreensão atual da saúde do idoso permite que ela seja medida ou avaliada pela capacidade funcional do indivíduo de idade avançada e não mais pela presença de doenças. De acordo com Gordilho *et al.* (2000), a capacidade funcional, do ponto de vista da saúde pública, surge como um novo conceito, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso.

A autonomia – capacidade de decisão e de comando – e a independência – capacidade de realizar algo com seus próprios meios – são conceitos basilares para a capacidade funcional, que é definida como o conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias à realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, pertinentes aos diversos papéis sociais.

Classificadas como atividades básicas da vida diária (ABVD) estão as tarefas próprias do autocuidado, como: alimentar-se, vestir-se, locomover-se, tomar banho, arrumar-se e controlar os esfíncteres. Atividades funcionais mais complexas, como por exemplo, utilizar transporte público, realizar as tarefas domésticas, compras e administrar as próprias medicações, entre outras, são classificadas como ‘atividades instrumentais da vida diária’ (AIVD).

Segundo Veras *et al.* (2000:15), *“o idoso que mantém sua autodeterminação e prescindir de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades da vida diária deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas”*.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) são consideradas enfermidades típicas dos idosos e, conforme os indivíduos envelhecem, transformam-se nas principais

causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países desenvolvidos (OMS, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (OMS, 2005), as doenças crônicas que mais afetam os idosos em todo o mundo, muitas vezes coexistindo em um mesmo indivíduo, são: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, derrame, diabetes mellitus, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose) e doenças mentais (sobretudo demência e depressão).

No entanto, na maioria das vezes, a limitação causada pelas DCNTs depende do seu grau de controle: do tratamento e acompanhamento que é dado a elas. O devido cuidado com a população em relação à estas enfermidades contribui para uma vida independente e autônoma, sem seqüelas decorrentes e/ou incapacidades associadas.

Boa parte dos problemas da saúde dos idosos estão relacionados com a redução da mobilidade física. De um modo geral, tal redução contribui para o aumento da fragilidade que, em níveis mais elevados, produz limitações funcionais e/ou incapacidades.

A limitação funcional refere-se a características do indivíduo na sua restrição ou falta de habilidade, física ou mental, para desempenhar uma ação ou atividade da maneira considerada usual. Pode ser determinada por exames e testes com a pessoa e a intervenção sobre ela é feita no âmbito individual.

Ao contrário, a incapacidade é um atributo relacional. É resultado da interação de uma limitação funcional com as demandas de papéis sociais e suas tarefas esperadas e com as condições ambientais sobre as quais as tarefas e papéis são desempenhados. E a *“expressão de uma limitação física ou mental em um contexto social – o ‘gap’ entre as capacidades da pessoa e a demanda do ambiente”* (Pope e Tarlov, 1991: 81).

Desta forma, a incapacidade depende tanto do potencial do indivíduo quanto das expectativas impostas sobre ele por aqueles que dividem seu ambiente social imediato (Guccione, 2002). Embora a incapacidade possa ser prevenida pela melhora da capacidade funcional do indivíduo e cuidada através do ajuste e mudança de seu comportamento, a potencialização de possibilidades pela adequação do ambiente físico e cultural à distintas realidades deve ser considerada uma alternativa primordial, tanto para a prevenção quanto capaz de contribuir para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social.

Numa abordagem atualizada, que parte de uma perspectiva positiva e biopsicossocial do processo de funcionalidade e incapacidade, a OMS, em 2001, apresentou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). De acordo com esta nova classificação, a funcionalidade e a incapacidade apresentam-se em pólos opostos; pontas extremas de um processo de interação entre funções/disfunções corporais (orgânicas e/ou estruturais), possibilidades/limitações nas atividades individuais e participação social e fatores contextuais (influências internas e externas que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação).

Na perspectiva da promoção da saúde, todos estes elementos – funções/disfunções corporais, possibilidades/limitações nas atividades individuais e sociais e fatores contextuais – podem ser trabalhados pelas equipes multiprofissionais para as quais, segundo Ramos (2003:797), “*concorrem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais*”.

Entretanto, como apontado por Tavares e Freire Júnior (2004), para tornar realidade a prática dos conceitos da promoção da saúde é necessário buscar estratégias que coloquem o idoso como coadjuvante no processo de promoção e bem-estar de sua vida; que considerem

“o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a ele direcionadas, numa abordagem baseada em direitos” (Brasil, 2006).

Necessidades de saúde dos idosos

Um aspecto importante, pertinente à reorientação do modelo de atenção diz respeito à apreensão da demanda em saúde.

A racionalidade biomédica, que fornece subsídios para a sociedade medicalizada que vivemos, reduz a noção de demanda no campo da saúde, assim como o próprio sujeito, pela objetivação da doença, sem considerar os contextos socioculturais e políticos em que se inserem. Quando as doenças são consideradas os problemas de saúde e os verdadeiros motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde, cabe apenas ao interlocutor qualificado (o profissional) determinar sua conformação mais adequada e oferecer melhor resposta a eles. Desta forma, cria-se uma dicotomia entre demanda e oferta, relacionando a demanda apenas aos usuários ou consumidores e a oferta aos serviços com seus componentes (fornecedores, profissionais de saúde e gestores) (Pinheiro *et al.*, 2005).

O paradigma da determinação social do processo saúde/doença e a perspectiva da promoção da saúde confere à demanda em saúde outro significado. Admite que esta *“se constrói cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país.”* (Pinheiro *et al.*, 2005: 12)

Neste enfoque, a demanda em saúde é constituída social e historicamente e os elementos que a constituem surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e

gestores) na sua relação com a oferta de serviços de saúde, em face de um projeto político-institucional específico. E, portanto, reflexo de uma luta política na qual os sujeitos geram tensão e disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes.

De acordo com Cecílio (2001), a demanda traduz as necessidades mais complexas de saúde da população, que precisam ser captadas e trabalhadas pelas equipes de profissionais, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Este autor apresenta uma classificação que organiza as necessidades de saúde em quatro grandes grupos:

1. Ter boas condições de vida.

Se as condições de vida são fatores determinantes do estado de saúde do indivíduo, a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.

2. Ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.

Neste grupo de necessidades se trabalha com a idéia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento em que vive. A ‘hierarquia’ de importância do consumo das tecnologias não é estabelecida apenas pelos profissionais (técnicos), mas também pelas pessoas com suas realidades.

3. Criar vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional.

Vínculo aqui é considerado enquanto referência e relação de confiança; algo como o “rosto” do sistema de saúde para o usuário. Significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.

4. Ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida.

Enquanto parte da dignidade das pessoas, ela pressupõe o respeito aos seus valores, vontades e papel social. O cidadão, em qualquer idade, deve poder decidir livremente seu modo de vida; dirigir sua vida, segundo as condições específicas, em gozo pleno de todas as suas faculdades (Farinatti, 1996).

No entanto, considerando que a autonomia depende da interação de condições individuais com características ambientais; que existem obstáculos ao seu exercício e, que portanto, ela tem valor relativo e graus diferenciados, o processo de sua conquista, manutenção e defesa, assim como a própria saúde, deve permanecer ao longo de toda a vida. A busca por autonomia pressupõe um movimento de autocapacitação, através de alterações nas atitudes e valores e do incremento do conhecimento e da informação. (Farinatti, 1996).

Segundo Cecílio (2001), no encontro do usuário com o profissional da saúde devem prevalecer sempre o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde. Este esforço, fortalecido pela confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional é um dos sentidos da integralidade, no espaço da micropolítica de saúde, fundamental para se atingir a integralidade da atenção pensada em rede.

Esta classificação, entretanto, é bastante ampla e refere-se às necessidades de saúde da população como um todo. Algumas ações, reiteradas vezes, são encontradas na literatura gerontológica como específicas e necessárias para o cuidado dos idosos no âmbito da atenção básica. Dentre elas destacam-se: formar rede de apoio aos cuidadores promovendo suporte emocional, esclarecimento, treinamento e supervisão da execução dos cuidados diários;

adaptação do ambiente físico para maior segurança do idoso; desenvolvimento de atividades que estimulem a mobilidade e a participação social; utilização de instrumentos eficazes de avaliação funcional e identificação de idosos fragilizados, em situação de maior risco de adoecer ou criar dependência.

III.4. Primeira matriz de dimensões

As categorias que compõem cada dimensão e o desempenho da matriz a seguir e seus elementos foram extraídos a partir de análise dos dados componentes das três categorias analíticas do estudo (Saúde dos idosos, Saúde da Família e Fisioterapia), apresentadas neste capítulo, até aqui.

Quadro 3 – Primeira Matriz de Dimensões

Determinantes da saúde dos idosos – Paradigma da Determinação Social da Saúde			
Características biológicas	Estilos de vida* (Produtos de combinações de escolhas, oportunidades e recursos)	Redes sociais e comunitárias*	Condições de vida e de trabalho / Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade*
- Sexo; - Idade; - Características genéticas OBS: Dependem da forma como a sociedade atribui papéis funcionais aos indivíduos de acordo com estas características.	- Auto cuidado; - Higiene pessoal; - Dieta alimentar; - Atividade física; - Comportamento sexual; - Fumo; - Consumo de bebidas alcoólicas; - Interação na família e comunidade.	Efeito protetor: relações formais e informais. - Ancoragem social; - Apoio social: - Emocional; - Instrumental; - de Informação; - Interação.	- Nível socioeconômico; - Nível de escolaridade; - Aposentadoria / renda - Condições de moradia; - Organização dos serviços de saúde; - Estrutura social para manter o idoso ativo e participativo.
Necessidades de saúde – Integralidade			
Ter boas condições de vida.	Ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.	Criar vínculo (a)efetivo entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional..	Ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.
- Ações de promoção da saúde para melhoria da	- Equipes multiprofissionais;	- Aproximação da realidade do usuário,	- Reforço do poder de decisão dos indivíduos;

<p>qualidade de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientações sobre estilos de vida saudáveis; - Ambientes favoráveis: seguros e adequados para maior independência; - Intersetorialidade (Parcerias capazes de potencializar recursos para a participação plena dos idosos na vida da comunidade). 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção domiciliar e ambulatorial; - Avaliação funcional e psicossocial; - Rede de apoio aos cuidadores; - Acompanhamento do estado de saúde do idoso e do tratamento de suas doenças e agravos em todo seu percurso dentro do sistema de saúde. 	<p>permitindo a identificação de idosos fragilizados e os problemas que comprometem sua saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambientes e ações estimuladoras da capacitação do indivíduo; do incremento do conhecimento e informações. - Maior controle da população sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente.
---	---	--	---

Manutenção da capacidade funcional

Estrutura do Sistema de Saúde (Saúde da Família / Processo de trabalho)

Funcionamento USF	Práticas do cuidado	Equipes multiprofissionais	Participação do fisioterapeuta**
<p>Principais atributos da APS: Porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - População adstrita / proximidade - Senso de confiança - Continuidade do cuidado: vínculo - Coordenação da atenção no sistema de saúde / Integração dos diversos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da realidade e condições de vida do usuário - Adequação das práticas do cuidado à esta realidade. - Identificação de necessidades de saúde - Ações para dar conta destas necessidades - Acompanhamento das condições de saúde das famílias. - Criação de mecanismos de aproximação e participação da população idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interdisciplinaridade - Cooperação mútua: entre as pessoas da comunidade, os profissionais de saúde e os demais setores da sociedade. Uns com os outros e entre si. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento e reabilitação - Desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para atividades laborativas e da vida diária. - Monitoramento e atuação sobre as condições de funcionalidade (habilidades físicas).

Desempenho: Acessibilidade. Tipos de barreiras

Sócio-culturais	Geográficas	Organizacionais	Econômicas
<p>Relacionadas à Comunicação e compreensão da percepção do outro sobre os diversos elementos que encontram-se na prática do cuidado.</p>	<p>Referem-se às características físicas do ambiente que impedem ou dificultam o acesso.</p>	<p>Se originam nos modos de organização dos recursos da USF para o cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -contato inicial (acesso à unidade ou à equipe) -ao longo do processo da atenção (coordenação do cuidado) 	<p>Gastos com deslocamento (custo da passagem e perda de horas ou dias de trabalho)</p> <p>Custo de medicamentos</p>

* Ao longo de toda a vida

** Atribuições exclusivas ou predominantes da especialidade capazes de interferir nas possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população e na capacidade de resposta das ações.

Fonte: elaborado pela autora.

A inter-relação entre as diversas dimensões e o desempenho ‘acessibilidade’ pode ser traçada a partir do próprio pressuposto da pesquisa: que a integração do fisioterapeuta diretamente nas equipes contribui para a acessibilidade da população idosa às ações da Saúde da Família, através do aumento da capacidade destas equipes de produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde dos idosos e/ou através da facilitação da utilização das ações por parte desta população. A análise do que significa, no que reflete-se e do que depende a maior capacidade de produzir ações e a facilitação da utilização destas ações produz esta relação.

O aumento da capacidade de produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde dos idosos, para este estudo, significa a integração à equipe do olhar técnico do profissional fisioterapeuta para a problemática do idoso, que interfere em diversos aspectos do cuidado: desde a apreensão das necessidades de saúde até a proposição de ações capazes de influir sobre os determinantes da saúde e sobre a própria saúde dos indivíduos e comunidades.

Este aumento reflete-se, principalmente, na disponibilização de recursos e depende da composição da rede de serviços (significado da Atenção Básica para o sistema e papel da Saúde da Família neste contexto) e do espaço que é dado à esse profissional nas equipes e assumido por ele.

A facilitação da utilização das ações por parte da população significa reconhecer e quebrar as barreiras de acesso; criar estratégias de aproximação. Reflete-se no uso das ações, propriamente dito, e depende da organização do sistema e de como está estruturada a rede de serviços.

Cada elemento desta análise suscitou uma série de questões que foram essenciais para a construção dos indicadores da pesquisa. Os indicadores utilizados (ações de saúde

oferecidas, utilização dos serviços, interdisciplinaridade e rede de serviços), viabilizaram a construção dos instrumentos de coleta de dados (Anexos) e, conseqüentemente, o levantamento dos dados primários. A análise destes dados permitiu a construção da segunda matriz da avaliação, apresentada no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV – Dados empíricos: segunda matriz de dimensões

O objetivo deste capítulo é, inicialmente, a construção da segunda matriz de dimensões, montada com base nos dados coletados no campo da pesquisa. Depois, sua análise, a partir do contraste com a primeira matriz.

IV.1. Determinantes da saúde dos idosos

Foram identificados pelos fisioterapeutas e demais profissionais com formação de nível superior das equipes, que participaram do estudo, nas entrevistas e nos grupos focais, como determinantes da saúde dos idosos: os estilos e a história de vida, as relações sociais, inclusive a interação com a família, questões de gênero e as condições de vida.

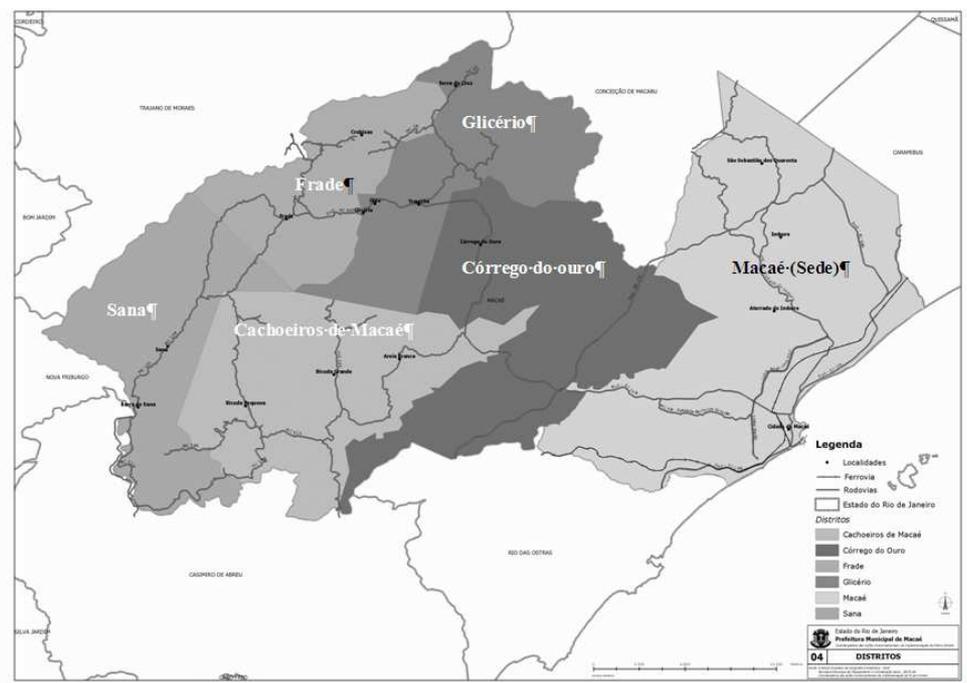
As condições de vida da população estão diretamente relacionadas com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de Macaé. Os dados que compõem esta segunda categoria foram obtidos na coordenação da Saúde da Família do município e em outras fontes como DATASUS, IBGE e site da prefeitura de Macaé⁴.

Condições socioeconômicas, culturais e ambientais e condições de vida

O município de Macaé pertence à região norte fluminense. Localiza-se à 182 Km da capital do Estado do Rio de Janeiro e tem uma área total de 1.219,8 Km². Divide-se em seis distritos: sede (Macaé), Cachoeiros de Macaé, Córrego do Ouro, Glicério, Frade e Sana.

⁴ www.macaerj.gov.br. Acesso em 17 de janeiro de 2007.

Figura 3 – Mapa dos distritos de Macaé



Fonte: <http://www.macaerj.gov.br/planodiretor/mapas.asp>, adaptado.

Possui uma área urbana e outra rural; uma região serrana, composta pelos distritos de Glicério, Frade e Sana, e conta com onze quilômetros de litoral. O clima é quente e úmido na maior parte do ano, com temperaturas que variam entre 18°C e 30°C, amplitude térmica considerável ocasionada pela troca de ventos entre o litoral e a serra, relativamente próximos.

O petróleo é a força que move a economia do município. A cidade deu um salto de crescimento desde a década de 70, quando a Petrobrás a escolheu para sua sede na Bacia de Campos. Milhares de empresas se instalaram no município e, conforme consta no DATASUS (2007), a população foi duplicada, passando de aproximadamente 80 mil habitantes em 1980 para 165 mil em 2007.

Segundo o IBGE (2004), em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), Macaé é o oitavo maior município brasileiro. De acordo com dados da prefeitura, o PIB *per capita* da cidade é

de R\$ 11 mil por ano, 30% maior do que a média nacional, e o dinheiro dos *royalties* paga suas obras de infra-estrutura e programas sociais. Entretanto, apesar da expressão do petróleo para a situação financeira do município, a economia da cidade é movida, também, pela agropecuária, pesca e turismo.

Na agricultura, as principais produções são de feijão, aipim, inhame e banana. O rebanho bovino é o segundo maior do estado, com 40% do município ocupado por pastagens. A produção de leite abastece o mercado local e regional.

Cerca de 10% da população vive diretamente da pesca. O peixe de Macaé é vendido para o Rio de Janeiro e mais doze estados, além de ser exportado para os Estados Unidos e a Suíça.

O turismo de negócios e o ecoturismo são outros elementos relevantes da economia. A cidade conta com praias propícias para esportes, lagoas costeiras, restinga e o Arquipélago de Sant'Anna. A região serrana é formada por uma cadeia de montanhas entrecortadas por rios, cachoeiras e vales.

O crescimento, no entanto, além de investimentos expressivos, também trouxe problemas: surgiram bolsões de pobreza na periferia da cidade e aumentaram os índices de violência. Carência de recursos (infra-estrutura, saneamento básico, moradias pobres) e violência nas comunidades (presença do tráfico de drogas, assassinato) foram aspectos enfatizados como 'questões/problemas apresentados pelos idosos no Saúde da Família' pelos profissionais que atuam na região urbana da cidade e que participaram das entrevistas e do grupo focal.

“[...] E a parte de atendimento em grupo, eu vejo muita carência... Eles vão pro grupo por encontrar um apoio, pra gente conversar sobre vários temas durante

as atividade e falam que essa comunidade é muita violenta. Então, eles relatam de tudo que ocorreu à noite, no final de semana. [...] Porque é uma comunidade muito violenta e muito carente. (Fisioterapeuta 17)

“Eles reclamam, por ser uma comunidade carente, né? [...] Então, você passa a participar dos problemas familiares dele. Problemas ligados a violência, né? É... Carência de saneamento básico, infra-estrutura. [...]” (Fisioterapeuta 3)

“[...] Os problemas familiares. É uma coisa que atrapalha muito a gente lá. Que essa coisa de trafico, entendeu? E crianças ficam metidas nesse meio. Tem muitas pessoas que, mesmo tomando medicamento, fazendo caminhada, o emocional dentro de casa é uma coisa muito complicada. [...] Envolve muita coisa, né?” (GF 2)

As Tabelas 1 e 2, abaixo, foram montadas a partir de dados extraídos do IBGE, censo demográfico de 2000, disponíveis através do DATASUS. Elas apresentam o contingente populacional do município e alguns indicadores das condições em que vivem estas pessoas..

Tabela 1 - População residente

População residente			População idosa		
Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
132.461	126.007	6.454	9.378 (7%)	8.659	719

Fonte: IBGE – Censo demográfico 2000 / DATASUS

Tabela 2 – Condições de vida

	População Total		População Urbana		População Rural	
	hab.	%	hab.	%	hab.	%
Instalação sanitária (rede geral ou fossa)	120.422	91	116.199	92	4.223	65

Alfabetizados	107.117	80,8	102.795	81	4.322	67
Abastecimento de água (rede geral canalizada)	117.571	88,7	115.998	92	1.573	24
Coleta de lixo (serv. limpeza)	123.223	93	121.419	96	1.804	28

Fonte: IBGE – Censo demográfico 2000 / DATASUS

De acordo com os dados acima, pode-se verificar que 92% da população idosa do município reside em áreas urbanas, que apresentam melhores indicadores de condições de vida que as rurais.

No entanto, problemas como a pobreza de moradias e carência de saneamento básico não foram enfatizados pelos profissionais que atuam na área rural. Em relação às carências nas condições de vida da população idosa, referiram-se explicitamente à pouca instrução e às dificuldades de transporte, agravadas pelas longas distâncias e características físicas do ambiente.

“As casas são distantes. São, geralmente... São propriedades rurais, né? Então... é... uma casa da outra, elas são distantes umas das outras e tem a dificuldade com ônibus, que são poucos horários de ônibus, né? E tem algumas unidades que nem a cavalo, nem de carroça, nem nada (sorrindo)! Não tem como as pessoas chegarem na unidade (referindo-se à USF)”. (Fisioterapeuta 12)

“Mas a maior dificuldade de você formar o grupo de idoso, por exemplo, é a acessibilidade. Porque não tem como eles chegarem até algum lugar pra fazerem alguma coisa. [...] Que quando tem a disponibilidade de uma Kombi ou alguém ir buscar, eles estão aí.” (fisioterapeuta 22)

A dificuldade de deslocamento dos idosos pelos obstáculos ambientais e pela falta de adequação dos meios de transporte, na área rural, significa barreiras de acesso aos serviços de saúde. Tanto para o usuário acessar as ações realizadas pelas equipes, a USF, os centros de especialidades e os locais de atendimento de emergência, quanto para a equipe chegar à casa do cidadão.

Estilos e história de vida

Estilos e história de vida estão juntos, compondo uma única categoria, porque, como colocado no capítulo III, os estilos de vida ao longo da história de vida do indivíduo também são elementos determinantes da saúde do idoso.

Dentre os fatores que compõem esta categoria foram citados pelos participantes da pesquisa: sedentarismo, ociosidade, atividade física, hábitos alimentares, hábitos posturais e autocuidado.

O ‘sedentarismo’, relativo à hábitos sedentários, de quem *“está comumente sentado; que anda ou se exercita pouco; inativo”* (Ferreira, 2004 – Aurélio) apareceu, de um modo geral, associado à falta do que fazer; relacionado à ‘ociosidade’, que é definida como qualidade ou estado de ocioso; desocupado. A abordagem de ambos privilegiou o aspecto da inatividade e surgiu em contraste com a prática de atividade física.

“[...] A maior parte dos problemas deles é por causa do sedentarismo.” (1);
“[...] A questão também do sedentarismo, né? De estar em casa sem ter o que fazer, ocioso.” (11); *“[...] Eles também, não tem muito, assim, às vezes, incentivo de fazer alguma atividade e isso tem dificultado bastante. [...] Eles estão muito ociosos, entendeu? Não têm motivação.”* (14) (Fisioterapeutas que atuam na área urbana)

Como contraponto à ‘ociosidade’, nas respostas dos profissionais que atuam nas áreas urbanas, apareceu a questão da responsabilidade pelo cuidado da casa e dos netos.

“[...] Eles passam pra gente, assim, como se fossem a base da família. Porque são eles que ficam com os netos, são eles que fazem o almoço, os que conseguem andar, eles são a mão-de-obra da família.”(GF 2); “[...] O problema da comunidade é que você tem um idoso em casa, ele cuida de cinco filhos... Cinco netos. Então eles ficam meio presos, sabe? [...] E uma avó fica responsável pelo filho de três, quatro filhos dela. E tem responsabilidade mesmo, de dar comida, de levar pra escola... Isso prende muito eles em casa.” (Fisioterapeuta 16)

Na área rural, no entanto, a ‘ociosidade’ surgiu associada à falta de opções pra lazer.

“[...] Eles são ociosos demais! Porque... aqui não tem nada! Né? Aqui o trabalho é o quê? Na roça e vão pra casa. Então eles ficam muito ociosos, muito, assim, é... querendo fazer alguma coisa e não tem!”(Fisioterapeuta 20); “[...] Ociosidade, né? [...] A grande encrenca é a falta de opções pra lazer. De opções pra convívio social.[...] Fora da igreja num... Acho que aqui em Macaé você tem alguns espaços de curso. [...] Lá na Serra a gente não tem.” (GF 1)

Um outro aspecto relacionado à esta questão surgiu no grupo focal da área urbana, no bloco de discussão sobre o processo de identificação das necessidades de saúde dos idosos. Refere-se à vontade de alguns idosos de manterem-se afastados, isolados em casa, sem participar das ações propostas pelas equipes. Foi uma fala, de um profissional, que não causou polêmica ou debate, apenas caracterizando alguns dos idosos atendidos pela equipe.

“E tem os idosos também que são difíceis de ser alcançados. [...] Eles preferem ficar dentro do seu mundinho fechado e você, às vezes, quer estimular ele

vir pra fora, né? Eles não querem, se prendem mesmo. É um idoso difícil de você lidar, difícil de você tirar ele de dentro de casa, difícil de você levar pro grupo, difícil de você, às vezes, até tratar. Você tem que, às vezes, virar até um psicólogo pra você tentar melhorar aquele quadro. E muitas vezes é muito difícil fazer esse trabalho. Trabalho de convencer ele de que ele precisa melhorar. Que ele precisa ter um outro estilo de vida, de que ele precisa sair daquilo ali para que ele não venha depois ser um idoso não saudável.” (GF 2)

Esta fala mostra que podem haver diferenças entre a compreensão dos profissionais e dos próprios idosos sobre a necessidade de realizar atividades físicas e coletivas. De acordo com o que foi manifestado, tais diferenças podem apresentar-se como obstáculos sócio-culturais para a acessibilidade.

Os ‘hábitos alimentares’ surgiram relacionados às doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Foram citados tanto por profissionais da área urbana quanto rural, assim como os ‘hábitos posturais’, que, associados aos problemas articulares e da coluna, remetem notadamente à história de vida do indivíduo.

“[...] Sua história de vida, de trabalho, de má postura, de trabalhar a vida toda de uma forma, posições erradas, assim, aí vai acometendo as articulações, a coluna e a postura.” (Fisioterapeuta 4); “[...] Porque, aqui, principalmente, são pessoas que trabalharam muito no campo, né? Eu vejo muito problema de coluna. Eles pegam muito peso... e, posteriormente, no futuro, tem muito problema que eu vejo aqui, muito problema sério.” (Fisioterapeuta 18)

O ‘autocuidado’ foi indicado como atitude determinante do estado de saúde do idoso. Atitude que, de acordo com a fala destacada, pode extrapolar o universo individual, da pessoa, e atingir o espaço comunitário.

“[...] Você vê que as pessoas que são o chamado saudáveis, né? elas são mais plenas. Plenas por quê? Porque se cuidam, né? Então tem a ver com a palavra cuidado. Cuidado em relação a tudo. Cuidado com a alimentação, cuidado com o corpo, cuidado com a alma, né? Porque a gente tem um corpo emocional e você vê que as pessoas que estão ficando doentes elas têm um desequilíbrio que pode ser aparentemente só físico ou pode ser aparentemente só emocional. Mas, na verdade, não se dissocia, né? Então, o idoso saudável é aquele que se cuida. Se preocupa com o cuidado do corpo, da alma, da alimentação, do ar que ele respira, do lugar onde ele vive, das relações que ele tem com a família, com os familiares. Aí começa a abrir o círculo. Primeiro o cuidado que ele tem nas relações familiares, depois o cuidado que ele tem nas relações com as pessoas da comunidade, né?” (GF 1)

Relacionada aos cuidados com a própria saúde, foi apontada, por alguns profissionais da área urbana, uma outra questão: a opção pelo tratamento médico, com o uso de medicamentos e outros recursos terapêuticos em detrimento de atitudes promotoras da saúde e preventivas. Fortemente presente na sociedade, a ‘cultura da medicalização’ pode ser apontada como resultado de anos de hegemonia da prática sanitária da atenção médica e apresenta-se, conforme explícito nas falas destacadas abaixo, como um obstáculo ao trabalho das equipes.

“[...] E as pessoas aqui, foi muito difícil mesmo pra gente formar grupo, porque as pessoas... Eu acho que, que isso é de PSF. Eu acho muito novo aqui. Isso daqui há alguns anos vai melhorar. E que as pessoas só querem tomar remédio. As

“pessoas não querem fazer a prevenção, nem promoção. Isso é muito difícil trabalhar na cabeça das pessoas aqui, sabe?” (Fisioterapeuta 16)

Redes sociais e comunitárias

As relações sociais foram abordadas pelos profissionais em dois níveis: a interação com a família, no ambiente familiar, e as interações com a comunidade, incluindo a interação com a própria equipe de Saúde da Família. O ‘isolamento social’ foi citado ao referirem-se ao idoso “*sozinho*”; carente de interações positivas, capazes de produzir bons resultados na auto-estima e, conseqüentemente, de facilitar a assunção e a realização de papéis sociais.

Alguns profissionais que participaram da pesquisa, da área urbana e rural, relataram que o ‘ambiente familiar’ é um ambiente complexo, “*complicado*”, e que, quando “*conturbado*”, muitas vezes, é o grande causador dos problemas de saúde dos idosos. No ambiente familiar, segundo os profissionais, pode ser encontrado um espaço de acolhimento, de cuidado e apoio, mas também de maus tratos, ou mesmo de abandono.

“[...] Idoso saudável é aquele [...]. Que tem uma vida saudável, uma família saudável, principalmente. Que apóia. Porque tem muita família que abandona seus idosos. [...] ‘Tá havendo uma falta de... um desinteresse da família de cuidar daquela pessoa, de ter aquele cuidado com aquela pessoa. Aquela pessoa fica fragilizada. [...] Dentre os idosos que eu atendo tem as pessoas que tem mais cuidado, outras tem menos cuidado. Outras são acolhidas na família [...] Tem aquela família que cuida direitinho, que o idoso tá bem cuidado e que tá emocionalmente, entre aspas, né? vivendo, dentro das condições dele, bem. E tem o outro que tá mais carente, né? Que tá mais sensível, que precisa de mais atenção, né? E você vê que, às vezes, não tem nem uma coisa nem outra. A família não tá

nem aí, quando você chega, a maioria das vezes é a gente que cuida, né? Quem chega que cuida.[...]” (GF 1)

A compreensão das características do momento de vida do idoso e do processo de envelhecimento, por parte da família, foi destacado pelos profissionais que participaram do grupo focal da área rural como um importante fator, facilitador ou gerador de dificuldades no processo do cuidado, devido à intensa participação da família neste processo.

“Tem dois extremos de família: você tem a família neurótica que não aceita que nada que ele esteja sentindo seja parte daquele ciclo de vida, daquele momento de vida, né? Faz parte do envelhecimento, faz parte... Que quer que tenha a compleição física e a vitalidade que tinha aos vinte anos. E você tem a família que não quer... que acha que não precisa fazer mais nada, né? Que você não consegue convencer de que aquilo... de que tem uma doença orgânica que tem que ser tratada, que tem que ser investigada. Você tem esses dois extremos de família.”
(GF1)

A ‘interação social’ está fortemente presente nas falas de todos os profissionais, como fator determinante e como uma necessidade da saúde: a sociabilidade. Por ser viabilizada pelos profissionais das equipes através de suas ações, especificamente as atividades em grupo, a interação ocorre, também, com a própria equipe, reforçando sua função de apoio social.

Características biológicas

As mulheres foram indicadas como aquelas que mais participam das atividades em grupo desenvolvidas pelas equipes em diversas comunidades. A indicação ocorreu pela flexão

do substantivo “idoso” para indicar o gênero feminino quando referindo-se aos participantes das atividades ou por afirmativas explícitas como a destacada abaixo.

“Eles... eles se mostram, assim, ...muito satisfeitos. As mulheres adoram. As idosas. [...]Os homens são meio... Eles... procuram participar dos programas assim... de prevenção à saúde. [...] Eles, os homens, vêm mais nessa hora das palestras que a gente faz de quinze em quinze dias, que a gente tá sempre... Mas as mulheres, geralmente, são as mais... São mais presentes. Gostam mais.”
(Fisioterapeuta 9)

Algumas falas sugerem barreiras culturais à participação masculina que podem estar ligadas ao tipo das atividades desenvolvidas ou à dificuldade de ajuste a novos papéis sociais, diante da nova realidade trazida com a idade avançada e aposentadoria.

“Agora tem uma coisa: é mais a população feminina! [...] Porque, o que eu sei, quando começou o grupo da caminhada, os homens que não trabalhavam, os aposentados, ficavam falando das mulheres. Diziam assim: - E o almoço? Será que deixou o almoço pronto? Bem assim. Elas passavam: - Vão pra casa fazer o almoço. Bem assim: - Tudo passeando!” (GF 2)

IV.2. Necessidades de saúde

As necessidades de saúde dos idosos foram identificadas a partir das falas dos fisioterapeutas sobre as questões da saúde desta população e das ações realizadas com o objetivo de oferecer soluções aos problemas apresentados.

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos da área urbana e rural. Os problemas não pareceram muito distintos, com exceção da categoria

‘condições de vida’, já trabalhada anteriormente nos determinantes da saúde, que relacionou-se à necessidade de ‘ações intersetoriais’ para melhoria da qualidade de vida.

Dentre as necessidades classificadas como ações intersetoriais foram identificadas pelos fisioterapeutas as parcerias com entidades locais para realização das atividades e uso dos espaços coletivos.

“Os atendimentos de grupo, eu não faço aqui na unidade, por causa do espaço, que não tem. Eu faço fora da unidade, faço na associação de moradores daqui. A gente faz lá.”(6) “A gente busca parcerias de fora, né? Que é lógico que a gente não consegue fazer nada sozinho. A gente tem que ter apoio, né?” (20) “A prefeitura entra com uma parceria aqui, então a gente tem, assim, aula de artesanato, aula de pintura...” (14)

Um dos grandes problemas da saúde dos idosos citados pelos fisioterapeutas é a queda, que acontece em casa, com quadros de reincidência. Outra questão refere-se aos pacientes com seqüelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), que encontram-se acamados ou com dificuldades de locomoção e movimentação. Em ambos os casos, o ambiente domiciliar pode significar risco para a integridade física e independência do idoso.

A presença do profissional na casa do indivíduo, com o olhar focado para a arrumação e disposição do mobiliário, para a organização dos espaços, com o intuito de permitir aos idosos maior mobilidade e independência foi apontada, quase que por todos os profissionais, como uma necessidade que pode ser classificada como ‘ambientes favoráveis’.

“A reabilitação, no caso, do paciente acamado. A gente atende ele em casa. Então, a gente tá vendo qual é a realidade dele, tá vendo se tem necessidade de mudar alguma coisa dentro da casa. Tem a paciente acamada sequelada de AVC,

que a mãe... o que eu fui falando, ela foi fazendo. Mudou o piso, é... o degrauzinho que tinha pra cozinha e a casa, ela tirou, nivelou, pra ela poder circular, né? Então acho que é isso, a gente poder estar entrando na casa da pessoa, orientando.”
(Fisioterapeuta 19)

“As visitas, também, domiciliares, eu acho que é extremamente importante, porque nessa visita a gente acaba vendo o ambiente, né? A casa, como é que tá, a questão do banheiro, do tapete, do... da mesinha que fica no centro da onde aquele idoso vai passar, toda hora.” (Fisioterapeuta 11)

No entanto, como indicado pela fala destacada abaixo, “passar a receita” da adequação da casa nem sempre é suficiente. A reincidência de casos reforça esta percepção.

“A reincidência de queda, né? nos idosos daqui, é muito grande. Por quê? Você vai na casa deles. Você tem certeza do acompanhamento de ir na casa, mostrar onde eles podem pisar, onde tem que melhorar, onde tem que botar o armário, onde tem que botar corrimão. Porque eles vão... botam o tapete. Aí vai, escorrega. Cai!” (fisioterapeuta 1)

A ‘continuidade do cuidado’, apontada pelos fisioterapeutas como um importante diferencial do trabalho realizado na Saúde da Família, surgiu, então, como uma das necessidades de saúde. Está ligada a uma série de ações de acompanhamento das condições do ambiente, de vida e saúde dos idosos e facilita o estabelecimento do vínculo entre a equipe e o usuário, também pela relação de confiança que se estabelece.

“Você acaba ganhando a confiança do paciente. E... ele acaba te dando mais, assim... levando mais consideração no que você fala. [...] De você dar atenção especificamente aquele paciente, de você poder ir a casa da pessoa, você ta

acompanhando ele dentro de casa, né? [...] Quando você vai na casa dele, você vê realmente como é aquilo. Se ele realmente seguiu a orientação que foi dada. [...] Você vai conseguir entrar na casa da pessoa... e tá muito mais próximo da realidade que ele realmente tem e adaptar aquilo que a gente gostaria, que seria ideal, pra realidade dele, né?” (Fisioterapeuta 12)

O ‘vínculo’ é necessário porque permite a aproximação da realidade do usuário. Momentos de convivência, escuta e troca que facilitam tanto a identificação dos idosos fragilizados e dos problemas que comprometem sua saúde quanto a escolha das estratégias de ação mais adequadas para resolver estas questões. Em contrapartida, atua, também, aproximando os idosos das ações da USF.

“PSF, primeiro, tem que ser essa coisa... de vínculo. Porque você só faz grupo quando a pessoa acredita em você. O grupo não vem pelos meus lindos olhos azuis, não! Vem porque acredita no meu trabalho.” (Fisioterapeuta 2)

A adoção de estratégias de solução dos problemas mais adequadas à realidade dos indivíduos mostrou-se como uma importante ferramenta na quebra de barreiras econômicas, que foram apresentadas pelos profissionais entrevistados como falta de recursos financeiros, principalmente, para compra de medicamentos, às vezes recomendados e não disponíveis gratuitamente no sistema de saúde do município, para compra de equipamentos e materiais que possam auxiliar no tratamento, em casa, e para pagar passagens para o deslocamento até clínicas de especialidades.

“Porque a gente se envolve, a gente tá na casa dessas pessoas, a gente vê o sofrimento deles e a necessidade. Então, tem pessoas que, geralmente em clínica você fala assim: Ah! você tem que comprar isso, tem que comprar aquilo... e a gente

vê que não tem, não tem como! Não tem dinheiro nem pra pagar uma passagem, muito menos pra comprar um remédio. Então, assim... você vê as necessidades da pessoa, você tenta se adequar aquilo, não é? Se a pessoa não tem como enfaixar uma perna ou não tem como comprar uma faixa pra fazer um alongamento, a gente tem que criar alguma coisa pra aquilo. Entendeu?” (Fisioterapeuta 8)

Através das falas dos profissionais, de uma maneira bem ampla, podemos dividir os idosos em dois grupos: os “ativos”, que conseguem chegar à USF e de alguma forma participar das ações propostas e os acamados ou com dificuldade/impossibilidade de deslocar-se até a unidade de saúde.

Para estes últimos, o ‘atendimento domiciliar’ é uma necessidade. Além da importância do ambiente favorável, já falado anteriormente, a reabilitação para esse idoso é fundamental para garantir alguma qualidade de vida. No entanto, seu deslocamento até a unidade de saúde é penoso para aquele responsável pelo seu cuidado e, muitas vezes, prejudicial para o próprio tratamento.

“Aqui a gente tem: atendimentos domiciliares, né? Que são pacientes, geralmente acamados ou restrito ao lar, né? Que não podem vir ao posto. Então a gente vai a casa dessas pessoas. [...] Então, se você dá um tratamento adequado a um paciente, dentro da sua casa, sem precisar locomover aquele paciente, por exemplo: um paciente de AVC, ele não anda. Então tem que ser carregado de um lado pro outro, aquela coisa toda. Eu acho que só a dificuldade dele se locomover é muito grande. Tudo que você dá lá na clínica, você perde na volta pra casa. E com a fisioterapia em casa não. Ele tá ali, você tratou, ele continua ali, ele não vai sair dali. Entendeu? Eu acho que o processo de reabilitação é muito melhor você fazendo do nosso jeito aqui, do que dentro da clínica.” (Fisioterapeuta 8)

Em relação aos idosos “ativos”, que conseguem chegar à USF, segundo os fisioterapeutas entrevistados, a principal queixa ao buscarem ajuda é a dor. Dores articulares, por artroses ou outros problemas reumáticos, dores na coluna, por problemas posturais ou sobrepeso, ou mesmo dores somatizadas.

“A queixa é essa: dor!” (19) “É... tem pra questão da artrose, dos processos degenerativos. [...] São as doenças reumáticas, que acometem a maioria das pessoas.” (12) [...] “Eles falam que é... eu tenho reumatismo, né? Eu tenho dor em tudo quanto é lugar, eu tenho reumatismo... Aí até você investigar, saber o que é direito... A maioria é artrose.” (20) “O que cai muito aqui pra atendimento individual é isso: dor na coluna, provavelmente por causa do sobrepeso, e joelho.”(6) “Que muitos chegam aqui não sabem dizer nem onde que dói. Sabe que dói muito, que dói em tudo que é lugar, né? [risos] Dói muito fundo e dói tudo!” (22)

Sendo assim, o ‘atendimento individual, ambulatorial’, capaz de tratar estas questões, assume, também, o papel de necessidade na atenção à saúde do idoso. No entanto, a ação focada e restrita ao ponto da dor foi considerada insuficiente pelos fisioterapeutas entrevistados. Conhecer a realidade do paciente; trabalhar com a idéia do uso do corpo no dia-a-dia, do incremento de sua atividade física, monitorada e coletiva, e acompanhar a evolução do quadro e a resposta do tratamento na realização das suas atividades diárias foram apontadas como estratégias que diferenciam o trabalho do fisioterapeuta na Saúde da Família dos atendimentos realizados nos centros de especialidade e que o torna mais eficiente.

As ações de acompanhamento citadas pelos fisioterapeutas envolvem, de alguma forma, as diversas situações da vida dos idosos e seus momentos de relacionamento com o sistema de saúde:

- acompanhamento das condições do seu ambiente doméstico e da sua interação com a família;
- acompanhamento do seu estado de saúde através de consultas periódicas agendadas, de tratamento de doenças ou disfunções (na USF ou em casa, quando necessário), de ações de prevenção de doenças e agravos, de orientações sobre estilos de vida saudáveis e de promoção de atividades que proporcionem integração social;
- busca ativa deste idoso quando, por algum motivo, “*ele some*”;
- acompanhamento do tratamento nos demais níveis do sistema quando é preciso referenciar.

Estas ações, somadas, procuram proporcionar ao idoso uma ‘atenção integral’, outra necessidade identificada.

A ‘atenção integral’ é abordada pelos profissionais em seus diversos aspectos: na integração das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; no seguimento do cuidado quando ocorre referência; na atuação conjunta de uma equipe multiprofissional; e no foco da atenção – na idéia de olhar o indivíduo como um todo, como um ser social no qual o físico e o emocional se interagem plenamente.

Dentro deste enfoque, de cuidado integral, a demanda pela criação de oportunidades de interação do idoso na comunidade surge a partir do reconhecimento da necessidade dos idosos de ‘manterem-se ativos, participativos’. Necessidade de socialização, de atividades lúdicas e recreativas capazes de motivá-los e de atividade física para combater o sedentarismo e ociosidade e para manter ou recuperar habilidades motoras são os pontos através dos quais este elemento aparece nas falas dos fisioterapeutas entrevistados.

“[...] Aí a gente tá recrutando todos eles pra voltar a atividade. [...] Só o fato de eles saírem de casa para alguma coisa, eles já melhoram, tanto fisicamente, como psicologicamente.” (1); “[...] voltada pros idosos, pra socialização, integração.” (4); “[...]Aí toda data comemorativa a gente faz alguma coisa. Ou palestra, ou a gente faz teatro, faz essas coisas assim.” (17); “As condições da casa não são muito favoráveis pro atendimento, mas a gente se esforça, né? Até conseguir colocar esse paciente independente, pra ta saindo dali.” (4); “[...] buscando também a prevenção do idoso. A evitar que ele se torne um paciente acamado, evitar que ele se torne um paciente que amanhã ou depois ele vai precisar do atendimento domiciliar.” (10)

A necessidade de manter-se ativo e participativo na sociedade está diretamente associada à necessidade de ‘ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida’. Ambas estão presentes nas falas dos participantes da pesquisa, relacionadas às ações estimuladoras das capacidades dos indivíduos, desenvolvidas pelas equipes, e ao próprio conceito de idoso saudável.

[...]Acho que o ser saudável inclui também o poder de resolutividade. O idoso, ele necessita poder, o poder de decisão. E daí, (o que) vai influenciar tudo é o nível de consciência, orientações, poder de locomover.[...]” (GF 2)

IV.3. Estrutura do sistema de saúde: Saúde da Família e seu processo de trabalho

Macaé, junto com os municípios de Quissamã, Carapebus e Conceição de Macabu, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, pertence a microrregião I da região Norte Fluminense. Participa do Projeto de Expansão e Consolidação

da Saúde da Família (PROESF), do Ministério da Saúde. Apresenta no Plano Diretor do município a intenção de priorizar os serviços de saúde na Atenção Básica e Saúde da Família.

Implementou a Saúde da Família no tipo ‘misto ou paralelo’, mantendo unidades básicas em funcionamento, por vezes até ocupando o mesmo espaço da Saúde da Família, nas chamadas unidades mistas.

“[...] Então, a Atenção Básica, realmente, é pro básico. É a clínica médica. São as três grandes clínicas que existem. Clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria. Nós temos ao todo dez unidades básicas no município que fazem esse atendimento.” (Gestor 01)

Foram atribuídas à essa junção de UBS com USF numa unidade mista, por profissionais e gestores entrevistados, alguns obstáculos organizacionais e culturais para o bom funcionamento do cuidado e, conseqüentemente, para a acessibilidade da população. São eles: dificuldade de coordenar as ações dos profissionais com diferentes perspectivas, funções e gerências; sobrecarga da equipe de Saúde da Família com ações de emergência e atendimentos clínicos, deslocando-a de suas funções primordiais; e dificuldade por parte da população de compreender o processo de trabalho e o objetivo da Saúde da Família.

A Saúde da Família com a Atenção Básica, nós temos um problema assim: as unidades básicas, principalmente da serra, elas acabaram se transformando em unidades mistas. Então fica uma coisa muito difícil pra você coordenar quando tem duas coordenações numa mesma unidade. [...] Porque a serra, antigamente, era tudo unidade básica. No momento em que foi implantado o PSF na cidade, o que aconteceu? As unidades básicas passaram a ser unidades mistas. Eles aproveitaram

o espaço físico das unidades básicas que existiam... Isso acontece muito na serra.”

(Gestor 01)

“Você em muitos lugares, dentro do próprio nível primário, você não tem integração. Você trabalha em unidade mista, você tem pouca integração entre você e seu colega que trabalha na unidade básica. Os pacientes ficam... pulam de um serviço pro outro sem que exista uma comunicação entre esses serviços.” (GF 1)

“[...] Às vezes a população, até, às vezes, confunde as coisas. Tipo... achando que... Vamos citar o médico? O médico do PSF, ele não atende emergência. Mas se tem aqui, eles vão chegar passando mal e vão querer que ele atenda, não importa o que seja. [...]” (Fisioterapeuta 20)

Paradoxalmente, a colocação do atendimento 24 horas na unidade mista trouxe uma vantagem: a liberação do médico da Saúde da Família para atuar junto às equipes nas ações externas à unidade.

“Então, dá pra gente fazer um trabalho legal? Dá, por quê? Porque tem médico plantonista. Então o médico do PSF, ele consegue sair junto com a gente. Por exemplo, se tem um paciente que eu atendo, e que, de repente, ele passa mal, ele (o médico) pode ir comigo. Por quê? Porque tem outro aqui. Embora o PSF não tem nada a ver com emergência, mas quando se trata de lugar do interior, que não tem outro, que é o médico do PSF, ele faz tudo.” (Fisioterapeuta 20)

Alguns critérios podem ser observados na implantação de equipes de Saúde da Família no município: áreas urbanas pobres e área rural. A área rural, incluindo região serrana, segundo a coordenação do PSF, encontra-se plenamente coberta.

Como exceção para as áreas urbanas foi apontada a USF ‘Praia Campista’, situada numa região menos carente. Conta com a Saúde da Família desde o início do processo, em 1998, quando foi implantada substituindo o programa Médico de Família que já havia no local há bastante tempo.

Na região serrana, atualmente, encontram-se as unidades mistas e algumas USF são mais bem equipadas a fim de evitar a necessidade de ir ao centro da cidade buscar serviços de especialidade (nível secundário do sistema).

“Algumas unidades tem equipamentos, ou seja, é na parte serrana. Por quê? Porque dependendo do caso, no caso agudo, né? A parte da dor aguda... Então você tem que entrar com calor, com infra-vermelho, tem que entrar com ultra-som e você não tem como referenciar, porque é muito distante. É difícil a acessibilidade do usuário. Então a gente resolveu colocar alguns aparelhos nesses locais.” (Gestor 04)

Estão envolvidas, nesta busca pelo reforço da atenção básica na região serrana, segundo os fisioterapeutas e demais profissionais que participaram da pesquisa, além da questão da grande distância a ser percorrida, a dificuldade de meios de transporte e o custo (financeiro e de impacto na saúde) que este deslocamento representa para a população.

A busca por desafogar o nível secundário do sistema de saúde de Macaé está bastante presente nas falas de quase todos os profissionais que participaram da pesquisa, mesmo dos gestores. Aparece, inclusive, como um desafio: como a prova da importância da Saúde da Família e da forma como estão estruturadas suas equipes (ampliadas) para o município.

No entanto, nos grupos focais há consenso entre as quatro equipes quanto ao fato do sistema de saúde não funcionar como uma rede. São apontados vários problemas em relação à referência e contra-referência de pacientes, mesmo no nível da gestão.

“[...] Então, se a gente referencia, se a gente encaminha um paciente pra lá, a gente recebe depois um comunicado de que não é pra encaminhar, de que está encaminhando muito. De que isso poderia perfeitamente ser resolvido lá, na unidade de PSF. Só que as condições também que são oferecidas pra gente pra trabalhar não são as melhores. O que falta numa unidade de PSF, se você não tem ali você vai fazer o quê? Você não tem que encaminhar? E nesse de encaminhar, também não tá correto, não tem que encaminhar. Então faz o quê?” (Gestor 03)

“A grande reclamação que você vê, quando alguns profissionais se reúnem, é referência, contra-referência. Não existe isso. Entendeu? Não existe contra-referência. Não existe você referenciar um paciente e saber toda a história, que seria o ideal, né?” (GF 1)

As equipes multiprofissionais e a Fisioterapia

As equipes de Saúde da Família em Macaé são compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de Saúde (ACS). Embora não inseridos diretamente nas equipes, estão presentes na Saúde da Família do município, para suporte, nutricionistas e assistentes sociais.

Algumas USF contam com equipes de Saúde Bucal, modalidade I (composta por um dentista e um auxiliar de consultório dentário) e durante o ano de 2001 iniciou-se o processo de aproximação entre o programa de Saúde Mental de Macaé e a Saúde da Família.

A Tabela 3, a seguir, apresenta o quadro de evolução da implantação das equipes de Saúde da Família em Macaé, de 1998 a 2006, e a correspondente cobertura populacional.

Tabela 3 – Consolidado histórico da Saúde da Família em Macaé

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ESF	03	07	11	13	15	20	24	25	26
NF	--	--	--	01	06	07	19	24	25
FC	3.904	7.522	10.305	11.814	13.595	16.257	20.013	21.387	21.579
HA	14.298	24.978	35.497	41.233	46.926	56.198	69.757	75.882	76.346
CP(%)	13	24	30	29	32	37	52	54	57

Legenda: ESF = Número de equipes / NF = Número de fisioterapeutas nas equipes / FC = Famílias cadastradas / HA = Habitantes assistidos / CP = Cobertura populacional.

Fonte: SIAB. Dados fornecidos pela coordenação do PSF.

Macaé implantou a Saúde da Família em junho de 1998 e passou a incorporar o fisioterapeuta diretamente nas equipes no ano de 2001. Atualmente, a Saúde da Família cobre 57% da população residente, conta com 26 equipes e 29 fisioterapeutas (25 incorporados às equipes, 2 supervisoras e a coordenadora do PSF).

Embora seja curioso e sugestivo a presença expressiva da Fisioterapia na Saúde da Família do município relacionada ao fato da coordenadora do PSF ser, também, fisioterapeuta, segundo a própria coordenadora, não passa de uma mera coincidência. Algumas informações colaboram para esta crença. Dentre elas, a constatação de que esta coordenadora assumiu o cargo em 2005, quando a presença do fisioterapeuta nas equipes já estava consolidada.

A presença da Fisioterapia em Macaé é muito forte. O Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica (PADT), implantado no ano de 2000, um dos outros programas da Atenção Básica que articula com a Saúde da Família nas áreas não cobertas por ela, por

exemplo, conta, em sua equipe com 03 médicos, 03 psicólogos, 03 fonoaudiólogos, 02 nutricionistas, 02 assistentes sociais, 01 terapeuta ocupacional e 23 fisioterapeutas.

Quando questionados sobre o que levou a inserção do fisioterapeuta nas equipes de Saúde da Família, neste formato, os gestores entrevistados apresentam três motivos principais: a procura, a solicitação pela necessidade da população; o trabalho e os resultados apresentados na região serrana, onde, em 2001, foi colocada a primeira fisioterapeuta e a sensibilidade do secretário de saúde da época em que se iniciou o processo para a importância desta inserção.

“Foi a procura. A procura! Entendeu? Porque o que acontece? É... a maioria destas famílias já têm um acamado. Entendeu? [...] Tem sempre um acamado. Sempre um dependente. Então é aonde a gente dá esse suporte. E o levantamento que foi feito na época, da implantação do PSF, foi visto que havia necessidade do Fisioterapeuta. Entendeu? Pra dar atendimento à esse pessoal.”
(Gestor 05)

“[...] A gente conseguiu junto ao médico, ao enfermeiro, ou seja, junto com medicação mais o nutricionista, orientando a parte da alimentação e o fisioterapeuta com as atividades físicas e as atividades em grupo, conseguiu provar por estatísticas a diminuição da dosagem de medicação. Outros mantiveram a pressão, estabilizaram, e alguns até, hoje em dia, nem tomam mais o medicamento. Então isso aí pro município foi comprovado, entendeu? A importância e a economia.” (Gestor 04)

“Ah, eu acho que foi o próprio trabalho apresentado. O resultado disso. Graças a Deus a gente conseguiu mostrar a importância e o resultado do nosso

trabalho. E eles verem isso, né? Porque poderia também eles não terem essa sensibilidade. Mas na época... Não digo nessa gestão, porque não foi agora, nessa, né? Na gestão passada, o secretário que tava aí ele teve olhos pra isso. E aí apoiou inteiramente. Mas, também, claro que dependeu tudo dos resultados apresentados pelos próprios fisioterapeutas que deram início.” (Gestor 03)

Independente do que motivou a integração, o fisioterapeuta, hoje, tem seu espaço firmado nas equipes, é bem aceito pelos outros profissionais que participaram do grupo focal e percebe-se bem integrado.

“Eu acho que a interação da equipe, como um todo é muito boa.” (15) “Me sinto completamente integrada na equipe.” (11) “A gente consegue interagir bem com os profissionais e acaba fazendo a troca... complementando o trabalho do outro.” (4) “Uma interação muito boa, um relacionamento muito bom com a equipe.” (16) “[...] A gente trabalha bem, bem unido.” (20)

Isso, no entanto, não impede que hajam alguns problemas e divergências de interesses.

“Quando eu ia entrando aqui, alguém me falou que ouviu um comentário que a fisioterapeuta, que o trabalho... Não. Que o fisioterapeuta não faz nada no PSF. Aí, eu tava conversando com essa pessoa e eu disse que não é bem assim. Não, que ela disse: - é, [nome], a gente podia mudar. Eu disse: - não. Continue nisso que você faz e faça o melhor que você puder. Eu acho interessante a gente ser boa no que a gente faz, independente do que faça. Eu acho que esse trabalho é importante, porque o profissional precisa ser valorizado também. A gente tá investindo na saúde e também temos que ser reconhecidos. Eu acho super importante o trabalho do

fisioterapeuta, eu não sei nem o que eu faria se resolvessem tirar (risos) Eu ia ficar... Ia dar confusão (risos). Então eu acho legal.

[...]

Esse comentário foi mais como uma queixa do profissional. É feito uma queixa, né?. Tipo assim: - vou mudar de profissão, já que a minha não está sendo valorizada, reconhecida.” (Profissional não fisioterapeuta, no GF 2)

Práticas do cuidado

As ações das equipes para a saúde da população idosa são classificadas da seguinte forma: atendimentos individuais (AI), atendimentos domiciliares (AD), visitas domiciliares (VD), atividades em grupo (AG), sala de espera e reuniões de equipe.

Os atendimentos individuais correspondem ao atendimento ambulatorial; consultas clínicas realizadas pelos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, cada um dentro do seu núcleo de competência. São encontros, na sua maioria, pré-agendados, com espaço pra intercorrências, onde ocorrem, de um modo geral, as avaliações dos idosos (em uma USF, diferente das demais, a fisioterapeuta afirmou haver avaliação dos idosos, também, no grupo de alongamento e atividade física, a cada seis meses, e nas reuniões de equipe, de modo multidisciplinar).

As visitas domiciliares, além da função de acompanhamento do estado de saúde e condições de vida dos idosos e das famílias, tem a função de “busca ativa”: localizar problemas, identificar necessidades e aproximar a equipe da população, atraindo-a para as ações que estão sendo desenvolvidas. Elas são realizadas pelos ACS, pelos demais profissionais e/ou pelas equipes, em conjunto.

Os atendimentos domiciliares, diferente das visitas, visam o tratamento e /ou reabilitação em casa. São realizados periodicamente, de acordo com a necessidade.

As atividades em grupo são realizadas na unidade de saúde ou fora dela. Depende da atividade a ser realizada, do número de participantes, do tamanho da unidade e da existência de um outro espaço disponível e acessível à população.

São consideradas como AG:

- grupos temáticos para orientação e prevenção – grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de idosos, grupo da alimentação, grupo de gestantes, etc.
- educação em saúde – palestras para orientações, oficinas, etc.
- Terapia comunitária – em parceria com o programa de saúde mental;
- Eventos – passeios programados, datas comemorativas, encontros entre USF, etc.
- Atividade física regular com acompanhamento – alongamentos, exercícios, relaxamentos, caminhadas, dança sênior, etc.

Dentre as funções destas atividades são apontadas pelos profissionais: socialização dos idosos, lazer, integração com a equipe, com a comunidade e meio ambiente, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, combate ao sedentarismo e manutenção ou aprimoramento das capacidades físicas e mentais. Funções que, como citado por alguns fisioterapeutas que participaram da pesquisa, contribuem em grande parte no tratamento e reabilitação do indivíduo.

“A gente procura trazer um pouco de lazer, um pouco de prazer pra esse idoso, pelo menos nesse momento, né?” (3) “[...]Ah! eles relatam assim... uma melhora muito grande em relação a estar participando em grupo. [...] Quando eles vão pro grupo, conversam, interagem com, com os outros colegas e aí se distraem.”

(4) “[...] buscando também a prevenção do idoso. A evitar que ele se torne um paciente acamado, evitar que ele se torne um paciente que amanhã ou depois ele vai precisar do atendimento domiciliar.” (10) “[...] A gente vai trocando os assuntos de acordo com... a cargo do interesse deles.” (14) “[...] Porque... aí você junta a socialização, você junta mesmo a questão física, né? [...] Porque você orienta, né? Você tira dúvida, você tá ouvindo e você é ouvido.”(12)

A sala de espera é utilizada para auxiliar no processo de conscientização da população quanto ao objetivo e funcionamento da Saúde da Família.

“A gente faz muita sala de espera pra poder mostrar o quê é o PSF, né? O quê que o PSF propõe. Como é que cada um atende.” (Fisioterapeuta 20)

A transformação da prática sanitária, abandonando a tradicional atenção médica, exige, além da reformulação dos processos de trabalho dos profissionais, uma mudança cultural que envolve a compreensão do contexto por parte dos usuários. É um processo lento e contínuo que, se não tratado com a devida relevância, pode acarretar na formação de barreiras sócio-culturais importantes de acesso, pelas diferentes percepções e compreensões do outro na prática do cuidado.

A sistematização de reuniões de equipe, nos grupos focais, apareceu associada à maior integração das ações dos profissionais e à melhor coordenação do cuidado. Das quatro equipes que participaram do debate, apenas duas afirmaram conseguir realizar reuniões semanais, uma em cada grupo. Nos depoimentos das que se reúnem regularmente, o encontro mostrou-se como um importante mecanismo de organização da atenção; um espaço de discussão sobre os usuários, com uma avaliação mais ampla (multiprofissional) deles e da

atenção prestada e, também, sobre as prioridades da equipe, bem como as formas de operacionalização destas prioridades.

A estruturação do processo de trabalho é realizada pela própria equipe, com base nos seus conhecimentos individuais, na realidade local e em algumas diretrizes passadas pela coordenação. Encontra-se aí um fator relevante, desencadeador das diferenças apresentadas neste aspecto pelas quatro equipes que compuseram os grupos focais.

Há carência de uma preparação específica dos profissionais em relação à saúde dos idosos. No município, a articulação com o Programa de Atenção integral à Saúde do Idoso (PAISI), responsável pela orientação das equipes de Saúde da Família, de acordo com um dos gestores, encontra-se bastante iniciante.

(Em relação ao PAISI) “É um trabalho mais amplo, né? Mais direcionado mesmo. Ele orienta o PSF, faz orientação ao PSF no atendimento ao idoso. [...] Agora é que tá começando essa interação. [...] Agora que tá começando a interagir mais com o PSF. E tá com muito interesse de trabalhar nisso.” (Gestor 02)

Tal carência aparece nas falas dos profissionais que participaram do grupo focal da área rural como obstáculo à coordenação da atenção, desde a chegada do idoso à unidade.

“É, porque tem pessoas que não são treinadas pra trabalhar com o idoso, né? Chega, aquele idoso fica em pé. [...] Não tem aquela paciência de... Eu quando vejo isso eu venho logo, entendeu? Senta, o que que houve? O que que a senhora quer? Pode falar. Ah, mas tem gente na frente. Gente, por favor, tá? A prioridade é dela. Tem que ter um jogo de cintura pra poder se posicionar, né? Quem tá lá atrás do balcão tá estressado porque ganha pouco? Tudo bem, mas ela tinha que ter, sabe? Esse aprendizado.” (GF 1)

Em relação ao acolhimento, pensado como recepção do idoso que chega à unidade em busca de atenção, o que ocorre no dia-a-dia de todas as equipes que participaram dos debates, área rural e urbana, parece estar explícito na seguinte fala: “[...] *Não tem nada discutido. Não tem uma proposta delineada de como deve ser não. Funciona... de quem tá recebendo. Cada um.*” (GF 1)

As falas abaixo, de integrantes de diferentes equipes, corroboram esta compreensão.

“Diferente das outras unidades, a gente tem uma recepção na frente, porteiro e tal. Então, quando chega pra mim, eu falo: ó, pra mim você pode mandar direto. Não quero que faça ficha, nem nada disso. Manda direto pra mim. Aí eu já anoto o que é, faço a avaliação. Não deixo o idoso esperando não.” (GF 1)

“A coisa funciona meio que pessoalmente, entendeu? Assim, lá, eu acho que é mais individual. A [nome da profissional] recebe, acolhe o idoso da maneira dela, mas tem uma pessoa inclusive que ajuda bastante a gente lá que é a recepcionista que trabalha com a gente, que ela até recebe muito bem, assim. A primeira chegada. A entrada do paciente, né?” (GF 1)

No que diz respeito ao acolhimento encarado como amparo (resguardo, proteção) e que está diretamente relacionado ao vínculo estabelecido com os usuários, ainda assim, as ações parecem se pautar em iniciativas individuais dos profissionais.

“Uma coisa importante que eu fiz lá na unidade foi que algumas pessoas começaram a sumir, começaram a acomodar dentro de casa. Aí eu peguei, falei até com a [nome da enfermeira], vou fazer uma cartinha e vou mandar pra eles. Eu fiz uma cartinha falando que a saúde deles era muito importante pra mim e para eles, e enviei essa cartinha. Todos que receberam essa cartinha retornaram a atividade.

Porque eles se sentem importantes, entendeu? A preocupação nossa com eles. Eles se sentem, assim, bem acolhidos.” (GF 2)

“Toda essa postura, assim, de acolhimento que vai desde como é que é recebido. Eu acho que isso é que a gente consegue segurar o idoso. Essa coisa de mandar a cartinha e, quando ele vai lá só pra ver a PA (Pressão Arterial) dele como é que tá. Então essa coisa do acolhimento mesmo, de... da postura de cada um. Dele ver que tem alguém olhando por ele. Então eu acho que isso faz muita diferença. Principalmente com o idoso.” (GF 2)

Em diversas falas dos participantes da pesquisa fica bastante marcada a presença das ‘fronteiras disciplinares’ no processo de trabalho das equipes. Isso dificulta a intercessão no saber estabelecido do outro profissional e, por conseguinte, a transformação na prática do cuidado.

Na maioria das vezes realizam-se ações multiprofissionais sem se alcançar a ‘entredisciplinaridade’ proposta por Ceccim (2005), que deveria estar compreendida na afirmação do trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar; um lugar em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e a prática terapêutica emergiria em clínica ‘mestiça’, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os usuários e com a equipe.

“[...] Nós temos grupos que eu faço junto com a enfermeira e junto com a médica. Então a gente busca sempre tá unindo, né? Cada um na sua área, óbvio! [...]” (8) “[...] A relação com o médico, é assim: antes de passar um paciente, o médico vem aqui. – Tô passando um tratamento pro paciente assim, assim... Quero um trabalho assim, assim... Dá pra fazer? Não dá? Vamos inserir um paciente num

grupo? Ou vamos fazer um tratamento individual? [...]” (19) “[...] Aí, às vezes, a abordagem, um tema... A enfermeira fala de alguma coisa, que diz respeito a área dela. Eu falo alguma coisa. [...] Porque de repente esse paciente que vem fazendo acompanhamento direitinho, ele precisa de uma orientação do fisioterapeuta, da enfermeira. Ela vai orientar a parte dela, eu oriento a minha parte [...]” (22). (Fisioterapeutas) “A gente acaba se prendendo muito à [nome fisioterapeuta] enquanto fisioterapeuta. Quando eu vou conversar com ela é porque eu preciso da fisioterapia. Ela, quando vem conversar comigo é porque precisa da opinião médica. A gente acaba discutindo mais quando tá muito ligado ao papel de cada um dentro do posto.” (GF)

Entretanto, em contrapartida às dificuldades encontradas para a prática interdisciplinar, a troca entre os profissionais aparece em boa parte das falas como elemento-chave na integração das equipes e como importante instrumento para se alcançar uma atenção mais integral e resolutiva.

O “*livre acesso*” aos colegas durante a realização do cuidado foi apontado pelos profissionais como um elemento diferencial da atenção na Saúde da Família. É através da ligação dos membros da equipe que se torna possível integrar as ações e garantir um cuidado contínuo e coordenado.

“[...] No caso, um paciente que eu atenda, que necessite de um atendimento odontológico, no caso, um atendimento de enfermagem, busco opinião! O que você acha? O que a enfermeira acha disso? O que o médico acha disso? O dentista acha disso... o quê a gente pode fazer com esse paciente, entendeu? Uma coisa muito integralizada, entendeu?” (10); “[...] Aí a gente tá ali, trabalhando... todos... tem várias especialidades aqui e a gente trabalhando junto, cada um contribuindo com

um pouco, é... tipo assim, o paciente... já vê o paciente como um todo e aí já fica melhor o acompanhamento, o atendimento que a gente vai prestar a esse paciente. [...] A gente consegue interagir bem com os profissionais e acaba fazendo a troca... complementando o trabalho do outro.” (4); “[...] Basicamente isso: um orientando e indicando o outro profissional. A gente faz muito trabalho junto.” (6); “Se não tiver esse vínculo aí, se não tiver esse elo nós não... acho que ninguém consegue fazer nada.[...]” (18);. (Fisioterapeutas) “[...] E fora disso (da reunião) a gente troca idéias, né? A gente tá se falando o tempo todo. O tempo todo! Na hora do almoço, entre um paciente e outro, é assim. Fazendo VD, a gente tá andando falando. [...]” (GF 1); “[...] Porque você tá indo na casa de um paciente aonde tá necessitando fisioterapia: - Você já viu? Aí ele vai, avalia. Fala: - Não, [nome]. A gente pode fazer mais vezes ou menos vezes. Tem coisas que eu não sei quantas vezes o... né? Ou a importância: - Não, ó, a doutora precisa dar uma olhada.” (GF 2).

Porém, para algumas equipes, a disposição espacial da unidade inviabiliza a interação constante entre seus profissionais.

Algumas unidades da área urbana, por problemas de espaço, foram divididas em duas. Parte da equipe atende num local e outra parte atende noutra. Locais, às vezes, bastante distantes entre si e com poucos recursos de comunicação entre eles.

Na área rural, há situações em que o baixo contingente populacional em longas distâncias gerou a divisão da equipe em duas unidades diferentes. Atende-se parte da semana numa unidade e a outra parte noutra. Nestes casos, para que houvessem profissionais sempre atuando nas duas unidades, separou-se a equipe, ficando um grupo em cada local.

A identificação das necessidades de saúde dos idosos, segundo os profissionais que participaram da pesquisa, ocorre, principalmente, a partir da aproximação com a população, proporcionada por suas ações; a partir do vínculo que é estabelecido.

“Eu acho que é assim, a gente que trabalha no PSF, a gente tem o privilégio de conseguir ver o paciente, o idoso, no caso, de forma global. A gente tem o privilégio de poder acompanhar. [...] E a gente consegue também ir na casa deles, ver como é que ele vive, sabe quem é a família, se tem problemas, se discute com o neto ou não, se o neto dá trabalho. No caso, como é que é. A renda da família, se tá com aposentadoria ou não. Então a gente... Eu acho que esse é o diferencial que a gente tem de outros serviços de saúde. Conseguir ver o todo, não só aquela coisa, aquele fraquinho de doença, assim, né? Que acaba sendo isso que você fica muito técnico. E a gente consegue fugir disso. Que é ver tudo. Ver casa, ver como é que vive, se tem dinheiro ou não, se consegue se bancar ou não, se a família dá assessoria pra esse idoso ou não. Aí a gente consegue identificar muito mais coisa além de hipertensão, diabetes, tudo isso que é mais fácil da gente ver.” (GF 2)

O processo de identificação de idosos fragilizados, em situação de maior risco de adoecer ou criar dependência, de acordo com os profissionais que participaram da pesquisa, ocorre tanto na esfera dos atendimentos individuais (ambulatoriais ou domiciliares) quanto nas visitas domiciliares e são debatidos nas reuniões e trocas entre os integrantes das equipes.

O Fisioterapeuta na equipe

Para a contratação dos fisioterapeutas que atuam nas equipes de Macaé é feita uma parceria com as Associações de Moradores dos bairros. Os profissionais são contratados pelas associações, com carteira assinada, férias e décimo terceiro salário. No entanto, quem paga os

custos é a Prefeitura. A escolha do profissional é por indicação política. Ele é treinado pela coordenação do PSF, que afirma ter autonomia para demitir, caso o fisioterapeuta não se enquadre no perfil profissional esperado.

As ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas nas equipes são: AG, AD, AI e VD. Eles participam, também, das reuniões de equipe e da sala de espera.

Foram destacadas nas falas dos fisioterapeutas entrevistados algumas peculiaridades do processo do cuidado fisioterápico que, somados às características da atenção na Saúde da Família, mostram um perfil de atuação deste profissional bastante diferenciado das demais categorias que compõem as equipes de Macaé.

A fisioterapia, enquanto recurso da atenção, nos atendimentos individuais e domiciliares, não se resume a uma consulta. São necessários vários encontros, em algumas situações, por longos períodos, diversas vezes por semana. E também não são atendimentos rápidos. Se preciso, este profissional passa bastante tempo com o paciente, ouvindo e sendo ouvido; discutindo as atividades do dia-a-dia, a forma de executá-las, as tensões diárias, o modo de lidar e livrar-se delas.

"O fisioterapeuta vê esse paciente toda semana." [...] "Tá com o paciente três, quatro vezes na semana." [...] "Ele que tá mais próximo do paciente, ele que tem um contato mais... Principalmente em... em exercício, VDs. Tá toda vez, duas, três vezes na semana. Acho que ele é o que tá mais próximo do paciente." (GF 1)

"[...] É diferente! Eu acho que o atendimento individual ele tem uma característica diferente no PSF que se o paciente tivesse numa clínica. Eu não passo dez, quinze minutos com um paciente. O paciente entra na minha sala e fica meia hora, uma hora, se preciso." (Fisioterapeuta 22)

Além da presença na casa do indivíduo, nos ADs e VDs, interagindo com a família e interferindo no ambiente, a continuidade, frequência e duração dos atendimentos são elementos que favorecem a proximidade e vínculo com os idosos.

“Tradicionalmente pelos tipos de tratamento que a gente tem, é... de estar acompanhando, né? tantas sessões, tanto tempo do lado daquela pessoa... Então a gente acaba tendo um perfil de estar próximo daquela pessoa, de conversar, de dar atenção, né?” (Fisioterapeuta 12)

No âmbito da Saúde da Família, o trabalho do fisioterapeuta baseia-se, fundamentalmente, nas técnicas manuais e no movimento (cinesioterapia e consciência corporal).

“Nos atendimentos individuais... É... Eu acho que não é aquela coisa fria, você tem vínculo com os pacientes, você conversa, você tem mais abertura até pra tratar, pra tocar! A partir do momento que você tem um vínculo maior, você tem uma possibilidade maior, porque o toque é uma coisa muito íntima, né?”
(Fisioterapeuta 16)

Há carência de recursos materiais. Isso é apontado por quase todos os fisioterapeutas entrevistados ao referirem-se às diferenças da reabilitação na Saúde da Família e no centro de especialidade. Tal carência é indicada, por alguns profissionais, inclusive não fisioterapeutas que participaram dos grupos focais, como obstáculo ao trabalho da Fisioterapia, que fica impossibilitada de solucionar alguns problemas trazidos para o atendimento individual.

“Isso sem contar que o fisioterapeuta trabalha faltando, né? falta equipamento.” “Falta tudo!” “Só não falta... tem o profissional, né? Com uma

demanda muito grande e ele não tem, assim... Não dão condições pra pessoa trabalhar.” (GF 2)

Determinadas unidades possuem algum recurso. Porém, na maior parte delas, o material utilizado nas AGs e mesmo no atendimento ambulatorial é construído – criado e elaborado – com a colaboração da população que participa das atividades.

”A gente não tem aquilo tuuudo que a clínica tem. A gente tem aqui aquilo que a gente pode trabalhar. A gente cria. Quando eu comecei, eu não tinha um bastão, eu não tinha um halter. Eu fui fazendo tudo com o quê? Saquinho com areia lavada do rio. Pesava, media, e fazia o saquinho. Pra fazer o halter. Bastões, cada um trouxe um cabo de vassoura pra mim. Eu não tinha nenhum, de repente eu vi lá quarenta, cinqüenta cabos de vassoura. Né? Então, aqui, a gente trabalha com a... a criação. A gente cria.” (Fisioterapeuta 20)

A cinesioterapia (tratamento do movimento através do movimento) e a consciência corporal são os principais recursos da Fisioterapia na Saúde da Família e são utilizados pelos fisioterapeutas com o intuito de promover a saúde e prevenir agravos, mormente nas atividades em grupo. As AGs tornaram-se o grande foco da Fisioterapia no PSF do município.

“[...] graças ao fisioterapeuta é que há o trabalho de grupo no PSF. Então, tanto médico, quanto enfermeiro, todo o restante da equipe, eles aproveitam esses grupos para trabalhar em cima. [...] O fisioterapeuta é o que consegue trazer essa, essa população para o postinho, para o programa. Ou seja, com isso eles conseguem fazer a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação.” (Gestor 04)

“Desde que a [nome da Fisioterapeuta] começou com a gente a gente tem... acho que tem evoluído bastante na questão de grupo, de estar trazendo outras atividades, saindo um pouco da questão, que assim, a gente sabe que não é ambulatório, é PSF, é família e tal, mas acaba virando um pouco, né? A gente fica muito preso dentro da unidade, atendendo e tal, a demanda é muito grande. E assim, com a fisioterapia, a gente tá sempre organizando algum evento, a gente tá sempre fazendo alguma coisa quando a gente pode, né? Quando permitem que a gente faça, a gente tenta fazer alguma coisa pra mudar um pouco essa questão e fazer PSF, né? Fazer promoção da saúde. E isso é junto. A gente faz junto e eu notei, assim, que a gente melhorou bastante quando veio o trabalho da fisioterapia. A gente fez um elo legal e a gente tem tentado trabalhar promoção mesmo.” (GF 2)

A junção da atividade física com a integração social transformou as AGs realizadas pelos fisioterapeutas em momentos lúdicos, prazerosos e com grande potencial atrativo; de motivação para participação dos idosos.

Foi apontado também, pelos profissionais que participaram da pesquisa, o potencial resolutivo das AGs. Segundo estes profissionais, muitos problemas dos idosos, que envolvem aspectos físicos e emocionais, são resolvidos através destas atividades, que aproximam os idosos das equipes e melhoram suas condições de saúde, diversas vezes sem o uso de medicamentos.

“[...] A gente começa com aquele tratamento individual. Aí já começa: - olha, tem o grupo... Depois que entra no grupo, parece que a dor some. [...]”
(Fisioterapeuta 19)

No entanto, dialeticamente, se as AGs favorecem a aproximação dos idosos das ações das equipes, tal aproximação é essencial para que os grupos ocorram. Desta forma, é necessário que hajam, também, outros mecanismos para aproximá-los.

“[...]Porque você pode ser excelente, mas se você não consegue que aquele grupo entenda que aquilo faz bem pra ele, ele não vem!” (Fisioterapeuta 2)

No processo de análise dos dados empíricos, categorizá-los em dimensões separadas exigiu esforço de síntese. Os instrumentos de coleta de dados buscaram produzir respostas que envolvessem a compreensão do profissional sobre a problemática da saúde do idoso, seus determinantes, necessidades e principais questões, assim como sobre o processo de trabalho na Saúde da Família, as ações desenvolvidas, a integração das equipes e organização do sistema de saúde. Os elementos que surgiram a partir das falas foram interdependentes entre si e perderam um pouco de sua completude quando destacados isoladamente para encaixarem-se numa determinada dimensão e categoria.

Em contrapartida, tal categorização criou condições para a montagem da segunda matriz de dimensões, apresentada a seguir.

Segunda matriz de dimensões

Os dados analisados nos itens anteriores deste capítulo foram sistematizados para compor a matriz abaixo.

Quadro 4 – Segunda matriz de dimensões da avaliação

Determinantes da saúde dos idosos – Paradigma da Determinação Social da Saúde			
Características biológicas + sociais	Estilos de vida (Produtos de combinações de	Redes sociais e comunitárias	Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade / Condições de vida e de

	escolhas, oportunidades e recursos)		trabalho
- Maior participação feminina nas AGs	<ul style="list-style-type: none"> - Sedentarismo; - Ociosidade; - Atividade física; - Isolamento social - Hábitos alimentares; - Hábitos posturais; - Auto cuidado; <p><u>Área urbana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade pelo cuidado dos netos e da casa; - ‘Cultura da medicalização’. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interação com a família (ambiente familiar); - Interação com a comunidade; - Interação com as equipes de Saúde da Família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Município rico (<i>Royalties</i> do petróleo). - Rápido crescimento econômico (déc.70) com desigualdade na distribuição de renda (bolsões de pobreza) <p><u>Área urbana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pobreza de moradias; carência de infra-estrutura e saneamento básico na maior parte das regiões onde foi implantada a Saúde da Família; - Violência <p><u>Área rural:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “Pouca instrução” dos moradores; - Grandes distâncias; - Dificuldade de transporte; - Difícil acesso a determinadas regiões. - Falta de opções para lazer.

Necessidades de saúde – Integralidade

Ter boas condições de vida.	Ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.	Criar vínculo (a)efetivo entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional..	Ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.
<ul style="list-style-type: none"> - Ações intersetoriais: - melhoria da qualidade de vida; - parcerias com entidades locais para realização das ações e uso dos espaços coletivos; - Ambientes favoráveis: seguros e adequados para maior independência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade do cuidado: ações de acompanhamento das condições do ambiente, de vida e saúde dos idosos; - Atendimento domiciliar; - Atendimento ambulatorial; - Atenção integral: - integração de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; - Equipe multiprofissional; - Olhar o indivíduo como um ser social e como um todo (físico/mental); - Seguimento do cuidado quando referenciado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitação da identificação dos idosos fragilizados e dos problemas que comprometem sua saúde; -Aproximação entre os usuários e as ações das equipes; - Escolhas de estratégias mais adequadas para solução de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter-se ativo e participativo; - Poder de decisão; - Ações estimuladoras das capacidades dos indivíduos; - Interação com a comunidade.

Estrutura do Sistema de Saúde (Saúde da Família / Processo de trabalho na S.Idoso)

Funcionamento USF	Práticas do cuidado	Equipes multiprofissionais	Participação do fisioterapeuta
- Implementação da Saúde da Família no tipo misto	- Ações das equipes: AI, AD, VD, AG, sala de espera e reuniões de equipe;	- Equipes ampliadas: inserção fisioterapeuta 1:1 mais suporte	- Boa integração com a equipe; - Ações desenvolvidas sós

<p>(unidades mistas na região serrana);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critérios de implantação: áreas urbanas pobres e área rural (100% coberta); - “Desafio”: desafogar o nível secundário; - Rede: dificuldade de referência e contra-referência; - USFs da região serrana: mais bem equipadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - VDs: busca ativa, aproximar usuários das equipes, orientações e acompanhamento das condições do ambiente, vida e saúde dos idosos; - AGs: integração social e com o meio-ambiente, lazer, aprimoramento das capacidades físicas e mentais, combate ao sedentarismo e ociosidade, promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças; - Sala de espera: mudança cultural; - Reuniões de equipe: organização da atenção, integração das ações e coordenação do cuidado; - Processo de trabalho: carência de preparação específica em relação à saúde dos idosos; - Acolhimento, avaliação e continuidade do cuidado: iniciativas individuais; - Identificação das necessidades a partir da proximidade com a comunidade (Vínculo). 	<p>nutricionistas e assistentes sociais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algumas equipes de Saúde Bucal, modalidade I; - Fronteiras disciplinares; - Integração: troca entre os profissionais; “livre acesso”. 	<p>ou em conjunto com a equipe: AG, AD, VD, AI, reuniões e sala de espera;</p> <ul style="list-style-type: none"> - AI e AD: maior proximidade com o idoso. Períodos prolongados, consultas longas e várias vezes por semana); - AD e VD: interação com a família e interferência no ambiente; - Reabilitação de acamados; - AG: foco da Fisioterapia na Saúde da Família de Macaé. Fortalecimento do trabalho de promoção da saúde e prevenção das equipes. - Limite: carência de recursos materiais. Dificuldade de dar solução para alguns problemas. Improviso e criação de recursos com colaboração dos idosos; - Recursos técnicos disponíveis: técnicas manuais, cinesioterapia e consciência corporal.
--	--	--	--

Desempenho: Acessibilidade. Tipos de barreiras

Sócio-culturais	Geográficas	Organizacionais	Econômicas
<ul style="list-style-type: none"> - Diferenças na compreensão, entre profissionais e idosos, das necessidades de saúde: necessidade de atividades físicas e coletivas e de cuidados especiais no ambiente familiar; - Diferenças na compreensão do processo do cuidado: cultura da medicalização (reformulação da prática do cuidado); - Compreensão da família das características do momento de vida do idoso e do processo de envelhecimento; - Unidades mistas: dificuldade por parte da população em compreender o processo de trabalho e objetivo da Saúde da Família; - Participação masculina nas atividades em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de deslocar idosos acamados ou com impossibilidade de deambular até as unidades de saúde; - Área rural: grandes distâncias e dificuldade para chegar a determinadas regiões. 	<ul style="list-style-type: none"> - Junção UBS/USF em unidades mistas: dificuldade de coordenar ações com diferentes gerências, perspectivas e funções; sobrecarga das equipes de Saúde da Família com ações clínicas emergenciais; - Dificuldades com referência e contra-referência; - estruturação do processo de trabalho: não sistematização de reuniões em algumas equipes; - carência de preparação específica dos profissionais para atuar na saúde dos idosos; - Separação das equipes em unidades diferentes; - Falta de estrutura para deslocamento dos idosos ativos na área rural, muitas vezes impedindo sua participação nas ações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de dinheiro para comprar medicamentos, pagar passagens para deslocamento até as clínicas de especialidade e comprar equipamentos que possam auxiliar no tratamento em casa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Alguns aspectos destacam-se quando comparadas as duas matrizes produzidas.

Em relação à categoria ‘Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade / Condições de vida e de trabalho’, este estudo não pretendeu aprofundar-se. O objetivo foi contextualizar os idosos atendidos; compreender as condições em que vivem. Desta forma, os elementos componentes desta categoria na segunda matriz nem de longe abordam todos aqueles referidos na primeira, mas permitem uma melhor apreensão da forma como se organiza o sistema de saúde no município e dos processos de trabalho das equipes.

As necessidades de saúde dos idosos, reconhecidas pelas equipes, foram apreendidas a partir das falas dos fisioterapeutas sobre as questões da saúde desta população e das ações realizadas com o objetivo de oferecer soluções aos problemas identificados. Nota-se que não surgiu na fala destes profissionais a ‘rede de apoio aos cuidadores’, conforme sugere a primeira matriz.

Por se tratar de uma necessidade de saúde específica dos indivíduos com dependência, que adquire características particulares na saúde dos idosos, a carência de preparação das equipes para atuar com esta população, apontada pelos profissionais, pode ter contribuído para que não fossem pensadas ações nesta direção.

Porém, como preconizado tanto pela bibliografia especializada na saúde dos idosos quanto pela orientação do Ministério da Saúde ao desenvolvimento da Saúde da Família, ficou evidente a preocupação em desenvolver ações de saúde na perspectiva da atenção integral.

No processo de trabalho das equipes, sobressaem as ‘fronteiras disciplinares’, que surgiram nas falas não como barreiras ou limites, mas como característica de um trabalho multiprofissional.

O acolhimento, a avaliação funcional e de risco para idosos fragilizados e a formulação de estratégias de continuidade do cuidado, realizados apenas a partir de iniciativas individuais dos profissionais, são elementos da atenção à saúde desta população que podem ser pensados como eixo para integração das ações da equipe numa proposta interdisciplinar.

De acordo com os dados apresentados, a participação do fisioterapeuta nas equipes não ficou restrita ao tratamento e reabilitação. Permeou a promoção e proteção da saúde e a prevenção de agravos e doenças e apresentou potencial diferenciado para formação de grupos, espaço fértil para o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos.

A avaliação da inserção deste profissional nas equipes, objetivo maior desta pesquisa realizou-se a partir dos dados analisados até aqui e é o mote do próximo capítulo.

CAPÍTULO V – Avaliação: construção de possíveis significados

A avaliação objetiva criar espaços de reflexão sobre uma determinada prática (Silva e Brandão, 2003). Neste estudo, avaliar a inserção dos fisioterapeutas nas equipes de Saúde da Família do município de Macaé, a partir da sua contribuição para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde destas equipes significa pensar o valor agregado pelo fisioterapeuta e seus recursos tecnológicos para:

- a identificação das necessidades de saúde dos idosos;
- a produção de ações que dêem conta destas necessidades;
- a criação de mecanismos de aproximação;
- a redução de obstáculos de acesso.

A inter-relação entre estes quatro elementos possui a lógica do modelo da avaliação: a identificação das necessidades de saúde da população residente na área adstrita deveria orientar o processo de trabalho e a escolha das ações a serem desenvolvidas pela equipe que atende essa área, interferindo na acessibilidade da população sobre suas ações e repercutindo sobre os determinantes da saúde desta população. Isso acarretaria mudanças nas necessidades que, reconhecidas, desencadeariam transformações no processo de trabalho e ações das equipes e, assim, sucessivamente.

No entanto, esta é uma relação complexa, na qual se inserem outras variáveis, produzindo resultados relativos.

A análise dos dados empíricos permitiu perceber que a identificação das necessidades de saúde dos idosos, no contexto da Saúde da Família de Macaé, ocorre principalmente a

partir do vínculo que se estabelece na relação de proximidade com a população, proporcionada pelas ações das equipes.

Quanto mais próximo se está do usuário enquanto equipe, quanto maior o vínculo estabelecido, maior a disponibilidade deste usuário para falar e desta equipe pra escutar, maior a quantidade de situações de onde se extrair informações sobre dada realidade, maiores as possibilidades de apreensão das necessidades para além dos problemas clínicos e pré-estabelecidos pelos serviços de saúde.

Desta forma, a identificação das necessidades está, também, diretamente relacionada à criação e desenvolvimento de mecanismos de aproximação.

A capacidade de aproximar os idosos e estabelecer vínculo – fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre idosos e profissionais – apareceu ao longo da análise dos dados empíricos como o grande trunfo da Fisioterapia na Saúde da Família de Macaé. Tal capacidade dá-se pelas características do atendimento fisioterápico e pelo perfil de atuação assumido pela Fisioterapia no PSF do município:

- continuidade do atendimento com grande frequência de sessões, por vezes, duradouras;
- tipo de trabalho que exige ouvir e discutir as atividades do dia-a-dia, bem como a melhor forma de executá-las, e as tensões diárias – o modo de lidar e/ou livrar-se delas;
- a interação com o idoso e com sua família, interferindo no seu ambiente domiciliar, buscando a adequação deste para sua maior independência e segurança;
- o recurso tecnológico disponível (técnicas manuais), que privilegia o contato físico com o usuário – o toque;

- a perspectiva adotada de favorecer as AGs, promovendo encontros semanais para, além da atividade física, trabalhar a interação social e a integração com a própria equipe, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A compreensão do idoso saudável a partir de sua capacidade funcional, fundamentada nos conceitos de autonomia e independência, concede ao fisioterapeuta um significado especial na atenção à saúde desta população. A Fisioterapia tem como um de seus objetivos preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade da função; a funcionalidade do indivíduo. Desta forma, a partir de sua atuação sobre o movimento humano, na sua perspectiva relacional, o fisioterapeuta pode influir, de maneira positiva e fortemente, na necessidade dos idosos de manterem-se ativos e participativos.

Ações como as visitas e atendimentos domiciliares, os atendimentos individuais e em grupo, mesmo com a limitação encontrada no PSF de Macaé, de recursos materiais, apresentaram-se capazes de colaborar para a solução de boa parte dos problemas da saúde dos idosos: redução do risco de quedas, facilitação da independência no manuseio do mobiliário na residência, reabilitação de acamados ou com impossibilidade de deslocamento, tratamento de dores, problemas articulares e posturais, motivação para integração social e prática de atividade física regular.

Entretanto, a atenção à saúde dos idosos precisa ser realizada de forma integral. Somente a partir da integração dos fisioterapeutas às equipes multiprofissionais, atuando em conjunto, é que a Fisioterapia pode contribuir efetivamente, inclusive para a redução das barreiras de acesso.

Os obstáculos para a acessibilidade dos idosos encontram-se fora do escopo da competência técnica de uma categoria profissional específica, com exceção da dificuldade de

deslocar os idosos acamados ou com impossibilidade de deambular até as unidades de saúde, que pode ser superada mais facilmente com ações do âmbito dos serviços, como atendê-lo em casa e trabalhar para que recupere sua mobilidade. De um modo geral, os obstáculos localizam-se no escopo das novas competências exigidas das equipes, de criação de novas práticas permeadas de preocupações coletivas e sociais e articuladas com outros setores da sociedade.

A partir da análise do que foi classificado como barreiras de acesso sócio-culturais, percebe-se que as diferenças na compreensão dos diversos elementos envolvidos no processo do cuidado, por parte dos profissionais, indivíduos idosos e familiares, podem ser melhor trabalhadas através de relações com maior proximidade e vínculo. O mesmo ocorre com as barreiras econômicas.

Essas relações permitem conhecer a realidade do usuário e construir estratégias mais adequadas a tal realidade; produzem o senso de confiança e apresentam um maior espaço para reconstrução de intersubjetividades, viabilizando o exercício aberto de construir juntos, profissionais e usuários, as condições para a promoção do bem-estar.

Os obstáculos organizacionais, em sua maioria, envolvem instâncias da gestão e outras variáveis que precisam ser melhor analisadas em futuros estudos. Contudo, é importante a participação do fisioterapeuta como profissional da saúde, componente das equipes, no processo de superação destes obstáculos. Desta forma, muito pode contribuir.

Diante dos dados coletados e analisados na pesquisa, a avaliação final corrobora o pressuposto de que a integração do fisioterapeuta diretamente nas equipes de Saúde da Família de Macaé contribui para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde destas equipes.

Tal contribuição dá-se, principalmente, pelo objetivo da Fisioterapia de atuar sobre a funcionalidade do indivíduo e pela aptidão desenvolvida pelos profissionais que atuam no município de aproximar os idosos e criar vínculo. Ambos os fatores aumentam a capacidade das equipes de produzir ações que dêem conta das necessidades de saúde dos idosos e facilitam a utilização dos recursos disponíveis por parte desta população.

CAPÍTULO VI – Considerações Finais

Ao longo da realização desta pesquisa foi possível confirmar seu segundo pressuposto de que há carência de estudos avaliativos sobre a participação do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família. Mais que isso, faltam reflexões teóricas sobre a prática da Fisioterapia no nível primário da atenção, mantendo reduzido o espaço para este profissional na Atenção Básica.

Existe, no campo da Saúde Pública, um debate aberto sobre a composição das equipes de Saúde da Família. Que perfil e tamanho devem ter; que categorias profissionais devem integrá-las. A proposta de equipe mínima do Ministério da Saúde visa a maior cobertura da população brasileira possível. Deixa a cargo dos gestores municipais complementá-las, de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico e as condições financeiras de seus municípios.

As necessidades de saúde da população local e as contribuições a serem dadas por cada uma das categorias profissionais para suprir tais necessidades são critérios fundamentais para que os gestores municipais possam tomar decisões capazes de garantir a resolutividade da Atenção Básica.

A aplicação do modelo de avaliação permitiu conhecer a problemática da saúde dos idosos e as características e necessidades particulares desta população de Macaé. Possibilitou, também, compreender o processo de trabalho das equipes e a contribuição dada pelos fisioterapeutas. Desta forma, cumpriu seus objetivos, disponibilizando dados que podem ser utilizados:

- pelo próprio município de Macaé, nos ajustes necessários para melhorar a qualidade da atenção;
- para auxiliar outros gestores na estruturação de equipes e processos de trabalho;
- no processo de formação dos fisioterapeutas, contribuindo para a reflexão sobre o foco excessivo dado às técnicas de tratamento e reabilitação – em detrimento da perspectiva da Fisioterapia enquanto profissão da saúde, que deve estar apta a atuar nos diversos níveis do sistema – e para a definição do seu ‘o que fazer’ nos cuidados primários à saúde.

Para tanto, é preciso considerar alguns limites do estudo.

O modelo de avaliação aplicado foi desenvolvido com o intuito de avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ao adaptá-lo para um microsistema, embora tenha se conseguido reduzir o escopo, não foi possível diminuir sua complexidade.

Os determinantes da saúde são elementos contextuais importantes que permitem traçar um panorama da situação do município, mas trazem consigo algumas questões que devem ser aprofundadas para uma avaliação mais robusta. O tempo mostrou-se curto para tamanha empreitada.

Por outro lado, na tentativa de extrair das fontes primárias e secundárias o maior número de informações, capazes de preencher o mais completamente possível cada dimensão da matriz de avaliação, algumas categorias e seus elementos foram apenas delineados, sem chances de aplicar uma análise mais detalhada.

No entanto, o foco da pesquisa foi mantido e alcançado. Se ocorreram falhas neste ponto, elas não são decorrentes do modelo de avaliação utilizado que, apesar dos limites apresentados, mostrou-se eficaz. Houve limitações da própria mestranda, que deparou-se pela primeira vez com o desafio de uma análise compreensiva na perspectiva dialética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÂNCIO FILHO, A.; VIEIRA, ALS. (Org.), 2006. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde.

AYRES, JRCM., 2001. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72.

BEAUVOIR, S., 1990. A velhice. Tradução: Monteiro, MHF. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BERTAUX, D., 1980. L'approche biographique. Sa validité méthodologique, ses potentialités. In: BERTAUX, D. Cahiers Internationaux de Sociologie. Paris: Presses Universitaires de France. v.69, p.197-225.

BODSTEIN, R.; RAMOS, C.L.; HORTALE, V.A., 2003. Programa de reabilitação comunitária. Experiência de inclusão social da pessoa portadora de deficiência FUNLAR – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

BRASIL, 1969. Decreto-Lei 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, nº 197, Sec I, p.3.658, 14 out.

BRASIL, 1987. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 1994. Lei Nº. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

BRASIL, 2006. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL, 2006a. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2006b. Ministério da Saúde. Atenção Básica: Saúde da Família. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> (acessado em 03/Ago/2006).

BUSS *et al.*, 2000. Promoción de la salud y la salud publica. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud publica de América Latina y el Caribe. [mimeo] Rio de Janeiro, Brasil.

CALDAS, CP., 2003. Envelhecimento com dependência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n.3, p. 700-701.

CECCIM, RB., 2005. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, RA. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.

CECÍLIO, LCO., 2001. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ / IMS.

CHAIMOWICZ, F., 1997. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 31, n. 2.

COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), 1987. Resolução nº 80, de 09 de maio. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, nº 093, Seção I, Pág. 7609.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. 1997. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.29-47.

CORDEIRO, H., 2000. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em Saúde da Família. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro: CEBES, n.21.

CRUZ NETO, O. *et al.*, 2001. Grupos Focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

FARINATTI, PTV., 1996. Avaliação da autonomia do idoso. Definição de critérios para uma abordagem positiva. In: Seminário Internacional sobre atividades físicas para terceira idade. Anais. Rio de Janeiro: UERJ.

FEKETE, MC, 1997. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. (org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

GOMES, R. *et al.*, 2005. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, MCS.; ASSIS, SG.; SOUZA, ER. (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

GORDILHO, A. *et al.*, 2000. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ.

GUCCIONE, AA., 2002. Avaliação funcional do idoso. In: GUCCIONE, AA. Fisioterapia geriátrica. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2004. Produto Interno Bruto dos Municípios 2004. Contas Nacionais n. 18.

www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004/pibmunic2004.pdf.

HOUAISS, 2001. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.

KORIN, Daniel, 2001. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolesc. Latinoam.**, vol.2, no.2, p.67-79. ISSN 1414-7130.

LIMA-COSTA MF.; BARRETO, SM.; GIATTI, L.,2003. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 735-743.

LÜDKE, M. ANDRÈ, MEDA., 1998. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U.

LYONS R.; LANGILLE L., 2000. Healthy lifestyle: strengthening the effectiveness of lifestyle approaches to improve health. Edmunton (AB): Health Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/phsp/phdd/pdf/lifestyle.pdf>.

MATTOS, RA., 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ / IMS.

MENDES EV., 1996. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec.

MENDES, EV., 2002. Atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

MENDONÇA, MH. HEIMANN, LS., 2005. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, NT. GERSCHMAN, S. EDLER, FC. (org.) Saúde e democracia: Histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

MINAYO, MCS. *et al.*(org), 1994. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes.

MINAYO, MCS. *et al.*, 2005. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, MCS.; ASSIS, SG.; SOUZA, ER. (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

MINAYO, MCS., 2006. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 9ª. Edição revista e aprimorada.

MORAGAS, RM., 1997. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas.

NOGUEIRA, J.A., 2000. Fisioterapia no contexto da assistência domiciliar terapêutica: estudos de pacientes com AIDS. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

OMS (Organização Mundial de Saúde), 1986. Carta de Ottawa

OMS (Organização Mundial de Saúde), 2001. CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. <http://www.who.int/classification/icf>
<http://hygeia.fsp.usp.br/~cbcd/> <Acesso em março de 2007>.

OMS (Organização Mundial de Saúde), 2005. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

OMS (Organização Mundial de Saúde), 2005a. Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde: aprendendo com experiências anteriores. CSDH. <http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp> <acesso em 30 de novembro de 2006>.

PELLEGRINI FILHO, A., 2006. Compromisso com a ação. CNDSS. <http://www.determinantes.fiocruz.br/compromissocomacao.htm> < acesso em 30 de novembro de 2006>

PEREIRA, LA.; ALMEIDA, MJ., 2003. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. In: FALCÃO, A.(org.). Observatório de recursos humanos no Brasil. Estudos e análises. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

PINHEIRO, R. *et al.*, 2005. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, RA. Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.

POPE, AM.; TARLOV AR., 1991. Disability in America toward a national agenda for prevention. Institute of Medicine / Division of Health Promotion and Disease Prevention. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

RAMOS, LR., 2003. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3.

REBELATTO, JR.; BOTOMÉ, SP., 1999. Fisioterapia no Brasil. Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole.

REIS, CCL., 2001. Supervisão no PSF – Limites e possibilidades. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

REZENDE, M.; CALDAS, CP., 2003. A dança de salão na promoção da saúde do idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.14, n.27, p.7-27.

REZENDE, M., 2005. A inserção do fisioterapeuta na atenção básica do SUS. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

ROUQUAYROL, MZ.; GOLDBAUM, M., 2003. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, MZ.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. – 6ª ed. – Rio de Janeiro: MEDSI.

SABROZA, PC., 2004. Concepções de saúde e doença. Apostila apresentada para o curso de especialização em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ. Rio de Janeiro. [mimeo].

SCHWINGEL, GA., 2002. A fisioterapia na saúde pública. Um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F.B.M. (org). O fisioterapeuta na saúde da população. Ação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil.

SILVA RR.; BRANDÃO D., 2003. Os quatro elementos da avaliação. São Paulo: Instituto Fonte.

SOLAR, O. IRWIN, A., 2005. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. CDSS. <http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp>.

<acesso em 30 de novembro de 2006>

SOUSA MF., 2003. A Cor-Agem do PSF. São Paulo: Hucitec.

STARFIELD, B., 2002. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

STEDILE, MO.; CLAUS, SM., 2006. Uma proposta inovadora de formação profissional centrada na integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, RB.; MATTOS, RA.(org.). Ensino – trabalho – cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO.

TAVARES, MFL.; FREIRE JUNIOR, RC., 2004. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16.

TEIXEIRA, C. F., 2000. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

VERAS, RP. *et al.*, 2000. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor de saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. Prêmio ABRAMGE de Medicina 2000: Saúde na terceira idade / Atenções e programas. São Paulo: ABRAMGE.

VERAS, R., 2003. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3.

VIACAVA, F. *et al.*, 2004. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.9, no.3, p.711-724.

WHO (World Health Organization), 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação da inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família: um estudo de caso” que está sendo realizada no município de Macaé / RJ, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP / FIOCRUZ), com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé / RJ.

O objetivo deste estudo é avaliar a inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família (PSF) a partir da análise de sua contribuição para o acesso da população idosa aos serviços de saúde; analisar as atividades que estão sendo desenvolvidas pelos fisioterapeutas, junto às equipes de Saúde da Família e avaliar de que forma essas atividades influenciam no acesso dos idosos aos serviços de saúde.

Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em participar das entrevistas (individuais e/ou coletivas) e não envolve risco. Seus dados pessoais são sigilosos e não serão divulgados de forma nenhuma. Sua participação é fundamental para o bom desenvolvimento da pesquisa, porém, não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar.

Qualquer dúvida sobre o projeto ou sobre sua participação, entre em contato. Teremos prazer em atendê-lo.

Mônica de Rezende
(Pesquisadora responsável)
Tel. (0xx21) 9672-5907

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863
Mail : cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “Avaliação da inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família: um estudo de caso” e concordo em participar.

Função: _____ Unidade: _____

Data: ____ / ____ / ____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA ABERTA COM GESTORES

Dados concretos (de identificação)

Idade:	Sexo: () Masculino () Feminino
Formação básica (graduação):	
Ano de formação:	Local:
Pós-graduação 1 :	
Ano de formação:	Local:
Pós-graduação 2 :	
Ano de formação:	Local:
Tempo como gestor no município:	
Experiências anteriores como gestor:	

Questões:

Qual o papel da Atenção Básica para o sistema de saúde de Macaé?

Qual a relação da Saúde da Família com o restante da Atenção Básica?

Qual a relação da Saúde da Família com o restante dos serviços de saúde em Macaé?

Qual a importância da equipe ampliada no PSF?

O que levou à inserção do fisioterapeuta nas equipes, neste formato (1:1)?

O que esta inserção significa para o restante dos serviços?

Como é avaliado o retorno deste investimento (integração deste profissional)?

Mais algum comentário?

ENTREVISTA ABERTA COM FISIOTERAPEUTAS (Página 1)

Dados concretos (de identificação)

Idade:	Sexo: () Masculino () Feminino
Formação básica (graduação): (considera Fisioterapia ou outra?)	
Ano de formação:	Local:
Pós-graduação (lato ou stricto sensu):	
Ano de formação:	Local:
Experiência / relação com o campo da Saúde Coletiva:	
Outros postos de trabalho atuais: () Sim () Não	Quais:
Tempo de atuação no município:	Atividades:
Tempo de atuação no PSF:	Atividades:

ROTEIRO P/ ENTREVISTA ABERTA COM FISIOTERAPEUTAS (Página 2)

Blocos temáticos:

I) interdisciplinaridade. Fale sobre...

- as atividades desenvolvidas por você na equipe;
- a interação com as demais profissões na equipe.

II) Saúde do idoso. Fale sobre...

- as questões mais comuns apresentadas pelos idosos aos fisioterapeutas no Saúde da Família.

III) Ações oferecidas. Fale sobre...

- suas principais ações, individuais e coletivas, como fisioterapeuta nas equipes de Saúde da Família, para os idosos ou que podem ser usufruídas por eles.

IV) Rede de Serviços. Fale sobre...

- a diferença do atendimento realizado pelo fisioterapeuta no PSF e nas clínicas de especialidade.
- a diferença da reabilitação realizada pelo fisioterapeuta no PSF e nas clínicas de especialidade.

VI) Comentários finais.

GRUPO FOCAL (Página 1): Identificação dos componentes

Participantes: Profissionais das equipes de Saúde da Família (nível superior)

Condição traçadora: População idosa

Desempenho: Acesso aos serviços de saúde

Dados de identificação dos componentes:

Idade:	Sexo: () Masculino () Feminino
Formação básica (graduação):	
Ano de formação:	Local:
Pós-graduação:	
Ano de formação:	Local:
Experiência / relação com o campo da Saúde Coletiva:	
Outros postos de trabalho atuais: () Sim () Não	Quais:
Tempo de atuação no município:	Função:
Tempo de atuação no PSF:	Função:

GRUPO FOCAL (Página 2): Referências

Referências sobre os Grupos Focais

(A ser preenchido pela equipe de condução do Grupo Focal)

Grupo Focal nº _____

Data: ____/____/____

Número de componentes: _____

Componentes (características gerais que os distinguem, visando sua referência):

Nº	Idade	Formação	Tempo no serviço	Tempo na equipe

OBS:

ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS (Página 3)

Ações oferecidas aos idosos pelas equipes de Saúde da Família

- O que é um idoso saudável? (Conceito de saúde)
- Como são os idosos que vocês atendem?
- Como são identificados os problemas e necessidades de saúde dos idosos?
- Das ações realizadas pelas equipes, o que pode ser direcionado para os idosos?
- São desenvolvidas atividades específicas para eles? Quais?

Utilização das ações por parte da população idosa

- - Quais as estratégias desenvolvidas para aproximar os idosos das ações de saúde? (busca ativa, atendimento domiciliar, atividades coletivas – de promoção da saúde e de socialização, ...)

Em relação às atividades coletivas:

- o - A participação é por indicação terapêutica ou livre demanda?
 - o - A participação é controlada (cobrada) de alguma forma?
 - o - Os idosos participam de alguma forma na escolha destas atividades?
- Como se dá o acolhimento na USF?
 - É feita avaliação de risco?
 - Qual o espaço para intercorrências (vindas antes de uma próxima consulta)?
 - Quais são os mecanismos de acompanhamento do estado de saúde dos idosos e continuidade do cuidado?
 - Verifica-se se as recomendações feitas são realizadas? Como? (Barreiras culturais)

Interdisciplinaridade e integralidade

- Qual a relevância do trabalho em equipe na atenção à saúde do idoso?
- Quais são os mecanismos de comunicação entre os vários profissionais?
- As equipes de Macaé são diferenciadas, em termos das categorias profissionais atuantes, do mínimo proposto pelo MS e da maior parte dos municípios brasileiros. Como vocês avaliam essa equipe ampliada?
- Que contribuições o fisioterapeuta traz para a equipe?

Rede de Serviços

- - O sistema de saúde em Macaé funciona como uma rede?
- - O PSF tem recursos para garantir resolutividade na atenção à saúde do idoso?
- - A população idosa reconhece o PSF como porta de entrada?

Comentários finais

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (Página 1): anotações no diário de campo

Pesquisa:

Observadora:

Número da observação: _____

Local: _____

Data: ____/____/____.

Hora Início: __:___ Hora Fim: __:___ Duração: _____

Data de realização do comentário crítico: ____/____/____.

OBS: As páginas seguintes devem conter o registro das observações e o comentário crítico das mesmas.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (Página 2): comentários sobre o grupo focal

GRUPO FOCAL: Profissionais de nível superior do PSF de Macaé/RJ CONDIÇÃO

TRAÇADORA: População idosa

DIMENSÃO: Acesso.

UNIDADES: _____

DATA: _____

HORÁRIO: _____

I- Sobre o grupo e os facilitadores

1. Integração entre os participantes
2. Interesse pelo trabalho:
3. Participação no grupo:
4. Momentos fortes do encontro:
5. Dificuldades encontradas:
6. Conteúdo trazido pelo grupo:
7. O que mais chamou a minha atenção:
8. O que surpreendeu, o que o grupo trouxe de novo (contradições):
9. Dificuldades percebidas na conclusão das atividades:

II- Encaminhamentos

1. Sugestões