

Contexto do cuidado fisioterapêutico: reveses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar

*Physiotherapeutic care context: setbacks and bias
in home care community integration*

Luzia Wilma Santana da Silva
Mirla de Souza
Tatiane Oliveira de Souza
Téssia Fernandes de Souza

RESUMO: Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que procurou verificar, junto aos acadêmicos de fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior pública, se estes se sentem habilitados para sua inserção no contexto familiar-domiciliar no sentido de prover cuidados de fisioterapia à pessoa idosa em estado de fragilidade e à sua família; e conhecer a opinião/percepção das famílias assistidas por estes graduandos sobre a intervenção da fisioterapia no contexto domiciliar. Os resultados demonstraram haver dificuldade à inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica, assinalando que o processo de formação precisa perspectivar os cuidados em nível primário ao alcance da integralidade no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Assistência à saúde comunitária; Doença crônica; Fisioterapia.

ABSTRACT: *A descriptive and qualitative research which sought to check with physiotherapy students of a public university if they feel qualified to insertion within family-home settings to provide physiotherapeutic care to the elderly in a state of frailty and its family, and to know the opinion / perception of these families assisted by graduation students about physiotherapy intervention in domiciliar context. The results showed that there is difficulty in inserting physiotherapist in primary care, noting that*

training process needs care perspective in primary care to extent of comprehensive in the Unified Health System.

Keywords: *Community Health Services; Chronic Disease; Physical Therapy Specialty.*

Introdução

O perfil demográfico do Brasil tem apresentado profundas alterações, sendo uma importante – o aumento do segmento populacional de pessoas de 60 e mais anos nos últimos tempos. Esse fato se deve, entre outros aspectos, ao declínio de fecundidade e de mortalidade a partir da década 70, convergindo, conseqüentemente, para um aumento da expectativa de vida populacional, com crescente número de idosos. Esta realidade tende a se agravar, pois, no ano 2050, o Brasil ocupará a 6ª posição no *ranking* mundial em números absolutos de idosos (IBGE, 2010). Esse processo implica na necessidade de mudanças na política de atenção à saúde no Brasil, um país em desenvolvimento que apresenta, segundo estudiosos, pouco suporte para atender essa parcela da população que avulta dia a dia (Brasil, 2006; Valença, 2011; Tavares *et al.*, 2012).

O envelhecimento da população é um dos maiores desafios das últimas décadas. Embora a velhice não seja sinônimo de doença – com a idade aumenta o risco de comprometimento funcional, estrutural, como também o número de indivíduos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tornando a pessoa idosa mais suscetível à fragilidade e dependência de cuidados (Silva, 2007).

As DCNT podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos, levando a um processo de incapacidade e limitação à realização de atividades funcionais cotidianas. Tais incapacidades representam alterações significativas ao processo de viver humano, pois afetam habilidades cognitivo-motoras desenvolvidas ao longo da vida e de significância às atividades de vida cotidiana dos sujeitos, afetando os modos de ser-existir socialmente, pela conseqüente fragilidade e dependência de outrem. A pessoa idosa necessita nessa fase da vida de cuidados mais específicos, os quais, na maioria das vezes, são realizados por membros familiares do seu grupo de pertença, porém autores salientam que os mesmos não se encontram preparados para a realização desse cuidado (Neri, 2006; Lopes, 2007; Camarano, 2010).

Nesse particular, a Política Nacional do Idoso (PNI) (1994) refere que os cuidados a esse grupo populacional devem mediar-se por uma abordagem global,

interdisciplinar e multidimensional, com interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que envolvam e influenciem o processo de viver humano da pessoa idosa e considere, sobretudo, o seu ambiente relacional humano, em outras palavras, o seu sistema familiar e sua rede de pertencimento.

Nesse contexto de compreensão da PNI, a intervenção dos profissionais no âmbito das ciências da saúde deve considerar os anseios não só da pessoa idosa, mas de sua família como estratégia de cuidados proximal, como assegurado na Lei n.º 8.842 (Brasil, 1994). Assim, a atenção à saúde deve envolver a pessoa idosa e sua família, com destaque na atualidade ao Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 (Brasil, 2011), no qual foi divulgado que as DCNT, como acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas, são as maiores responsáveis pela morbimortalidade da população, com representatividade de 72% do total de óbitos no país, acompanhada de comorbidades, e com elevado índice de pessoas em situação de fragilização e isolamento social. Este dado exige que o setor público adote medidas urgentes em atenção a essa clientela, sobretudo por tratar-se de uma temática que envolve direito constitucional, ou seja, saúde – uma responsabilidade do Estado (Brasil, 1988).

Nessa esfera, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde voltadas para o envelhecimento populacional e sustentadas pela Constituição Federal de 1988; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e, mais recentemente, a Portaria n.º 2.029, que institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, vinculada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2011), precisam perspectivar o contexto domiciliar como espaço profícuo de cuidados. Neste campo, fazendo emergir a necessidade de aprimoramento Profissional no âmbito da geriatria e dos saberes sobre o sistema familiar de forma interdisciplinar, que possa fazer-se nas diferentes áreas do cuidado as pessoas: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Medicina e outras, cujo objetivo central seja guiado pela assistência global ao sistema familiar respeitando a inteireza da cada subsistema.

Indubitavelmente, estamos caminhando por avanços na Lei; no entanto, é necessário transcender os modos de ver-enxergar o envelhecimento da população brasileira, sobretudo porque observamos ainda que a ESF traz enraizada nas suas práticas de saúde o atendimento por programas, numa semana “típica”, fragmentando o cuidado em partes, sem conceber sua globalidade, indivíduo-família-comunidade, em sua contextualidade (Paim, 2008).

Assim, trata-se de um despertar para o saber-fazer o cuidado em ações políticas que disponibilizem maior acesso à atenção à saúde, de modo a responder às necessidades da pessoa idosa como também do seu sistema familiar. Daí, então, a importância de ampliar o olhar dos programas assistenciais para este novo contexto – de atendimento domiciliar –, no que tange a formação profissional em saúde, sobretudo com os novos desenhos na configuração populacional que se mostra de maior número de idosos com doenças crônicas, evidenciando-se maior necessidade de inserção do profissional de saúde no cuidado domiciliário.

Do exposto, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam habilitados para saber-fazer o cuidado com habilidades psicomotoras, intelectivas e proximais ao complexo ambiente relacional humano familiar – o domicílio. Destaca-se neste estudo o fisioterapeuta, cabendo a esse cuidar, orientar, capacitar os membros familiares e pessoas idosas no cuidado domiciliário.

No entanto, em um estudo realizado por Valença (2011), em universidades do Estado da Bahia, sobre a formação e cuidado do fisioterapeuta, com o objetivo de desvelar se estava sendo formado teórico-prático-metodologicamente para prestar o cuidado no ambiente domiciliar à pessoa idosa fragilizada, considerando o seu contexto familiar. Os resultados apontaram uma necessária e urgente de reforma curricular para que a formação alcance a pessoa idosa e sua família; um pensar integrador e não centrado na reabilitação; interdisciplinar de fronteiras verdadeiramente abertas entre as ciências sociais, humanas e biológicas, demonstrando que a ciência do cuidado humano deve ser integralizadora e não fragmentadora, sobretudo como uma questão pontual para o fortalecimento do SUS. A autora concluiu seu estudo considerando que a formação do fisioterapeuta no alcance ao idoso e família mostra-se como um ponto a ser discutido de modo à sua inserção resolutiva no contexto da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ao olhar para a história da política de saúde, e já passados aproximadamente 16 anos em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), a assistência domiciliar, em 2008, passou a contar com o NASF (Brasil, 2008), e neste, uma proposta de agregação de outras áreas do saber, com a composição de uma equipe multiprofissional; a questão, porém, está em como estão sendo formados os profissionais para inserção no contexto domiciliário. E aqui, retornamos ao estudo de Valença (2011) como exemplo para o pensar-refletir o cuidado do fisioterapeuta, bem como acrescentamos o de Durães

(2010) sobre as contribuições da fisioterapia domiciliar referente à satisfação dos usuários sobre a qualidade deste serviço.

Durães (2010) destaca a necessidade de implementação de medidas que permitam o acesso à fisioterapia domiciliar pelo SUS, o que se espera com o NASF, e também pelos planos privados de saúde. Em seu estudo foi identificado, pois, que os profissionais de fisioterapia precisam de aperfeiçoamento para saber enfrentar os desafios no ambiente domiciliar, através do uso da criatividade para adaptar métodos de cuidados nas residências das famílias no atendimento domiciliário – dado também observado no estudo de Valença (2011).

Dos estudos, se comprova a necessidade de fundamentação teórico-filosófica na formação profissional de abordagem à pessoa idosa, e, sobretudo, sua família; já no âmbito acadêmico, para que os graduandos em fisioterapia encontrem nas experiências teórico-práticas os arcabouços que os habilitem a alcançar o sistema familiar para cuidar. Ademais, trata-se de uma proposta da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Lei n.º 9.394/96), que trouxe consigo as bases das reformas do ensino superior, tendo as experiências proximais como eixos norteadores para o fortalecimento do SUS (Brasil, 1996).

Diante destas considerações, entende-se a fisioterapia como uma ciência do campo da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas (COFFITO, 2010). Portanto, considera-se a participação do profissional de fisioterapia fundamental na equipe do NASF.

Assim, a assistência domiciliar tem se mostrado como ambiente à ciência fisioterapia na Atenção Primária, destacando que a contextualização do cuidado ultrapassa a técnica profissional, pois enlaça a complexidade do sistema familiar. Destarte, a aproximação deste profissional à dinâmica vivencial da família exige que ele saiba delinear um estado de compreensão e conhecimento do ambiente ao qual o indivíduo – sujeito do seu cuidar esteja inserido, de modo a promover uma melhor intervenção para a recuperação e promoção da saúde, tendo em consideração que o seu cuidado implica na observação do sistema familiar, o movimento relacional deste, seus modos de *ser-estar*, e principalmente como o grupo de pertença da pessoa cuidada, o *ser idoso*, o considera em seu processo de viver-conviver-humano.

Segundo Kaloustian (1998), é a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus membros. Ela

desempenha um papel decisivo na socialização, com a educação formal e informal; em seu espaço são absorvidos os valores éticos e humanitários, em que se aprofundam os laços de solidariedade. Além de ser, em seu interior, que se constroem as marcas entre gerações e são firmados os valores culturais.

A compreensão do que é família também exige considerá-la como sistema que se inter-relaciona, que pode interferir sobre situações, comportamentos e sentimentos, que foram desenvolvidos do decorrer da vida de seus membros, podendo afetar o processo de saúde-doença um dos outros no grupo de pertencimento (Silva, 2007).

Nessa contextualização do cuidado familiar-domiciliar, observa-se que é preciso abranger a globalidade do seu funcionamento frente a um de seus membros em estado de fragilidade. A condução do olhar sobre tais aspectos de família em convivibilidade de condição crônica de um de seus membros e a necessidade de cuidados fisioterapêuticos proximais nos conduz à abordagem interdisciplinar de complexidade ao cuidado à saúde familiar, com olhar diferencial para a pessoa idosa com DCNT.

Nessa direção, apresentam-se como **objetivos** deste estudo: verificar junto aos acadêmicos de fisioterapia de uma instituição de ensino superior pública no Estado da Bahia se estes se sentem habilitados para inserção no contexto familiar-domiciliar a prover cuidados de fisioterapia à pessoa idosa em estado de fragilidade e a sua família, e conhecer a opinião/percepção das famílias assistidas por estes graduandos sobre a intervenção da fisioterapia no contexto domiciliar.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. A escolha desta abordagem deveu-se à necessidade de conhecer, perscrutando o fenômeno que enlaça a formação profissional do Fisioterapeuta na intervenção cuidativa à saúde das pessoas no contexto familiar-domiciliar, com destaque às pessoas idosas em estado de fragilidade no domicílio. Esta abordagem, ao trabalhar com o universo dos significados das pessoas ou grupos, possibilita uma compreensão mais acurada das muitas realidades que enovelam o ser humano. Assim, como salienta Minayo (2008), uma perspectiva de olhar compreendendo o ser no contexto de seus significados.

O estudo foi realizado na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e em residências de famílias sob intervenção fisioterapêutica por acadêmicos de Fisioterapia da UESB, no município de Jequié (BA).

Os sujeitos do estudo foram sete graduandos de fisioterapia, do oitavo ao décimo semestre, regularmente matriculados na referida Universidade, e cinco pessoas do cuidado familiar indicadas pelo familiar idoso em estado de fragilidade, sob intervenção fisioterapêutica no domicílio, cadastrados no NIEFAM¹. Foram critérios de inclusão: 1) membros familiares cuidadores de pessoas idosas com 60 anos e mais idade, em condição crônica não transmissível, dependentes de cuidados e que requeriam atenção familiar e de fisioterapia; 2) membros familiares cuidadores indicados pelas pessoas idosas como responsáveis pelos seus cuidados; 3) graduandos de fisioterapia do oitavo ao décimo semestre da UESB; e 4) aceitarem participar do estudo. Os critérios de exclusão referem-se àqueles que não encontravam aderência aos de inclusão.

Os princípios éticos foram observados neste estudo, segundo a Resolução 196/96 (Brasil, 1996) e 466/12 CNS/MS (Brasil, 2012), sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, protocolo 163.352.

Os sujeitos do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e só após deu-se início à coleta de dados da pesquisa. Visando ao sigilo e anonimato, os acadêmicos de fisioterapia foram identificados com a letra “P” seguida do numeral ordinal na sequência das entrevistas, e os familiares cuidadores pela letra “C” e numeral na sequência da entrevista.

A entrevista, de caráter semiestruturado, com questões disparadoras, buscou informações relacionadas aos objetos da pesquisa e maior compreensão do fenômeno pesquisado; foi gravada em GPX, gravador de voz, com consentimento dos entrevistados, imediatamente transcritas no programa *World* versão 2007, em arquivos individualizados e identificados. Cada entrevista, após processo de escuta sensível, foi categorizada no processo de idas e vindas até a emergência do mapa de cartografia das categorias e subcategorias de análise. Neste processo foi alcançada a saturação de dados com sete acadêmicos de fisioterapia e cinco cuidadores. Permearam este momento do estudo os registros em diário de campo das observações da comunicação não verbal dos

¹ Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas-Degenerativas (NIEFAM), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, do Grupo de Estudo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade, Linha de Pesquisa: Família em seu Ciclo Vital.

sujeitos, ajudando na melhor compreensão e detalhamento dos dados, facilitado pelo recurso da memória recente das pesquisadoras.

A análise dos dados seguiu o processo de apreensão, síntese, teorização e transferência (Morse & Field, 1995). A apreensão começou na coleta de informações, sua organização e apresentação, utilizando como subsídio os registros do diário de campo. As informações foram transcritas de maneira a deixar fazer emergir a codificação preliminar. Ao final desta codificação foi feita uma leitura vertical e transversal das informações comuns, buscando aglutinar seus sentidos e significados na formação das categorias de análise, sendo emersas no estudo três do delineamento dos discursos dos acadêmicos de fisioterapia e dos familiares cuidadores. Estas categorias foram transversalizadas num processo de síntese e análise na associação da diversidade de informações. Neste processo, foram-se dando a teorização e compreensão do significado das descobertas para alcance das singularidades à análise e discussão das categorias, fazendo notar a proximidade e importância dos cuidados fisioterapêuticos no cuidado familiar-domiciliar à pessoa idosa em estado de fragilidade.

Análise e discussão dos dados

1. *Categoria*: A formação do profissional fisioterapeuta – percepção dos acadêmicos, reveses e vieses à inserção comunitária.

Essa categoria surgiu a partir das falas dos graduandos sobre saber-compreender os cuidados na Atenção Primária no contexto domiciliar, sendo enunciado que existe dificuldade no processo ensino-aprendizado para sua inserção nos cuidados no âmbito da assistência à saúde comunitária.

Por outro lado, a fisioterapia na Atenção Primária tem sido reconhecida para os cuidados proximais, a exemplo do NASF. Contudo, trata-se de um modelo ainda em fase de inserção profissional, em reestruturação para os serviços de Atenção Primária à saúde.

Neste contexto, é preciso ainda muitas discussões sobre o modo como as pessoas que desenvolvem a profissão a enxerga, sobretudo na mudança paradigmática a propósito de rotular a ciência fisioterapia como de natureza apenas reabilitadora, posto que ainda assim é vista. Este fato tem, de certa forma, acarretado grande dificuldade de atuação do profissional na Atenção Primária (Ribeiro, 2002).

Perspectivar a Atenção Primária é enxergá-la sob a lente da promoção, prevenção, proteção, manutenção de saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ou seja, é ir além da ação reabilitadora, saindo do campo individual para o coletivo (Borges; Salício; Gonçalves & Lovato, 2010). Contudo, o processo formador, os Cursos de Fisioterapia, precisam empreender estratégias ao alcance do cuidado aglutinador na Atenção Primária e secundária em saúde (Silva & Da Rosa, 2007 & Valença, 2011)

Sobre este empreender, há a necessidade no âmbito acadêmico de perspectivar o contexto do cuidado às dimensões familiar-domiciliar, pois no âmbito da atenção à saúde, no contexto primário, evidencia-se a família como unidade de cuidados profissionais.

O sistema familiar é o ambiente no qual o indivíduo é mais bem compreendido, pois é nesse ambiente que ocorrem as relações entre seus membros com o meio e com as circunstâncias que os envolvem (Wright & Leahey, 2008). Assim, qualquer alteração, neste sistema relacional humano, afeta uns aos outros e poderá gerar mudanças na dinâmica familiar. A aceitação dessa premissa mostra-se como necessária para a atuação profissional neste ambiente, exigindo saberes que habilitem esses profissionais a inserirem-se no meio relacional familiar para saber cuidar, apreendendo a família como colaboradora.

Nas falas dos graduandos os saberes-fazerem ainda são muito restritos para atingir o contexto familiar. As falas buscam expressar a compreensão que detém sobre o que é Atenção Primária, não conseguindo agregar nesta a família como sistema de cuidados:

“A atuação Fisioterapêutica na Atenção Primária ainda é muito recente e precária em minha opinião, pode-se incluir na prevenção e promoção de Saúde, orientando as pessoas nas atividades da vida diária, como realizar essas atividades. Pode atuar também na prevenção de quedas. Pode atuar também na reabilitação, realizando fisioterapia em domicílio aos mais necessitados - acamados e com problemas osteomusculares.” (P01).

De acordo com Silva, Durães & Azoubel (2011), a atuação fisioterapêutica no contexto familiar possibilita conhecer as barreiras encontradas neste ambiente, facilitando assim o processo de tratamento, de maneira que o fisioterapeuta poderá

realizar atividade de vida diária, instruir e orientar a família às limitações encontradas no ambiente para melhor adaptação a sua realidade, a exemplo do enunciado nas falas:

“Em relação ao ambiente familiar, o fisioterapeuta pode adequar o mesmo à qualidade de vida melhor, tornando o ambiente ergonômico, acessível e menos propenso a riscos.” (P02).

“[...] seriam orientações aos cuidadores em relação ao paciente, adaptando o meio para a realidade dele. Se ele recebe os cuidados básicos de higiene pessoal, se a família é atenta a isso. É atendimento hospitalar, atendimento médico. Se ele vai diariamente ao médico, se ele tem essas visitas regulares, as doenças crônicas, se ele recebe o atendimento adequado. Seria nortear a família, sobre os cuidados corretos.” (P06).

Para Felício, Franco, Torquato & Abdon (2005), a atuação fisioterapêutica no ambiente domiciliar ultrapassa a atenção direta ao paciente, pois mantém o contato com a família, propondo educação e capacitação dos membros da família para os cuidados ao grupo de pertencimento em sua inteireza e globalidade.

Na contextualização do ambiente domiciliar, a família deve ser percebida pelo profissional de saúde em suas potencialidades de crescimento e capacitada para prestar cuidados aos seus entes. Sendo assim, deve ser considerada como cerne do cuidado. Os profissionais de saúde, ao interagir com a família para os cuidados, necessitam estar aptos para a realização de cuidados congruentes. Segundo Santos, Pinto & Trezza (2012), a família precisa de saberes que possam otimizar e satisfazer as necessidades do ente familiar dependente de cuidados. Mas se faz necessário o profissional atento e sensível à dimensão de cuidado humano familiar, devendo estar atento para compreender as particularidades do contexto, seu funcionamento, dinâmica de relações e singularidade de cada família nas dimensões e formas de cuidado em seus que fazeres (Silva, 2007). Sobre essa forma de cuidado, pressupõe o olhar diferenciado sobre a família de saber ouvir, dialogar e estabelecer vínculo de confiança considerando-a como agente e base fundamental para cuidar. Esta percepção de cuidado foi enunciada pelos acadêmicos:

“Entre os componentes ali da família, observando com isso os fatores que podem está influenciando no agravamento das doenças e prejuízos da saúde, como as quedas, por exemplo, que podem gerar uma fratura [...]. Enfim de acordo com as necessidades de cada família, vai ser baseado o plano de intervenção.” (P03).

“O atendimento, quando a gente adentra o meio familiar, a gente tem que estar atento para as relações intrafamiliares. Como é que a família se comporta entre si, o cuidador e o paciente? Como é a relação dele? A gente tem que criar laços de amizade para ter um melhor aceitação da família com relação ao atendimento [...]” (P07).

As falas destes graduandos consideraram as singularidades das famílias na prevenção de agravos à saúde. Essa atuação corrobora com Resta e Motta (2005) quando enunciam que a família pode ser caracterizada como um ambiente essencial para garantia de desenvolvimento, sobrevivência e proteção integral à saúde de seus membros.

Além destes fatores, a família também propicia suporte afetivo e material no desempenho cotidiano de papéis importantes na educação formal e informal de seus componentes; nas expectativas, objetivos e bem-estar de seus membros, e também nos valores mediados por sentimentos de pertencimento (Alarcão, 2006).

Na concepção sistêmica, compreende-se perspectivá-la para além do somatório de seus membros, ou seja, concebê-la em sua inteireza e globalidade, em que cada um se encontra interligado ao outro, constituindo interação e relação recursiva e aberta ao meio – a rede social de pertencimento extrafamiliar. Nesse aspecto, a família é um sistema em constante transformação e adaptação às exigências dos subsistemas internos e externos (Silva, Gonçalves & Costa, 2006).

Assim, a família é destacada como fundamental para realização de cuidados, na colaboração e realização de atividades continuadas na ausência dos profissionais de saúde:

“[...] o ponto-chave é a família que vai está em contato constante com aquele idoso, porque uma coisa é nós irmos lá, uma vez na semana, duas, e outra coisa, é aquele familiar que está constantemente com ele [...]” (P02).

“[...] a família é muito importante, porque ela vai prosseguir com aquilo que a gente começou [...] quando o fisioterapeuta sai da casa, a família se não dar continuidade, então, a evolução, ela nunca vai acontecer.” (P05).

Mas, para a família tornar-se colaboradora, é necessário que os profissionais de saúde estejam habilitados para atuarem juntos a ela, para efetivação e planejamento de cuidados conjuntos (Valença & Silva, 2011). Entretanto, o atendimento no ambiente domiciliar depara-se com a formação do fisioterapeuta distante deste contexto – ainda direcionado à reabilitação, o que, conseqüentemente, influencia o modo de ser e agir do profissional no âmbito dos cuidados na Atenção Básica (AB).

Segundo Rebelatto e Botomé (1999), a fisioterapia, assim como outras ciências da área de saúde, tomou para suas práticas o modelo positivista newtoniano/cartesiano flexneriano, em que a formação é direcionada a práticas fragmentadas, hospitalocêntricas e especializadas, um modelo de cuidados à saúde que persiste até os dias atuais. Corroboram essa evidência o estudo de Valença (2011), no qual foi constatada a fragmentação da formação do fisioterapeuta, com valorização da ação reabilitadora.

Também Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2005) já haviam enunciado em estudo que a maioria dos estudantes não consegue integrar os conteúdos, trabalho ou disciplinas, já que estas se apresentam separadas. Observa-se que a formação se distancia do princípio de integralidade preconizado pelo SUS (Teixeira, 2011).

Nesse particular, os sujeitos deste estudo destacaram quanto o conhecimento tem sido fragmentado em sua formação e suas dificuldades em relação a essa fragmentação:

“A nossa inserção na comunidade teve uma limitação justamente por não termos o saber, não ter a correlação da teoria com a prática [...] Na verdade a prática a gente só tem no final do curso. Deveria ser desde o início da nossa graduação.” (P02).

“Nós chegamos ao estágio com déficits muito grandes, teóricos, e principalmente práticos, na área de atuação do fisioterapeuta. Na Atenção Primária temos um conhecimento superficial do funcionamento geral da atuação de todos os profissionais em conjunto dentro da unidade, mas especificamente do fisioterapeuta, nós não temos esse conhecimento.” (P04).

Reforça Ribeiro (2005) que este fato tem relação com a organização curricular de fisioterapia direcionada à abordagem de doenças e sequelas, excluindo da formação um leque de problemas de saúde comuns à população, o que impacta no distanciamento dos cuidados ao contexto familiar-domiciliar como preconizado pelo SUS. Contudo, com o advento do NASF, a forma de pensar e fazer a fisioterapia precisa ser redirecionada.

Bispo (2010) salienta que a atuação do profissional fisioterapeuta não deve estar voltada para o indivíduo enquanto doente e com sequelas, antes, porém, a atuação deverá estar voltada às coletividades humanas, procurando transformar hábitos e condições de vida, proporcionando saúde.

Apesar disso, neste estudo, os sujeitos dizem:

“Temos poucas disciplinas. Nos cinco anos de curso nós temos pouquíssimas disciplinas que abordam a temática e as poucas que abordam, elas abordam de uma forma muito superficial, que não nos deixam preparados para atuar nesse campo [...]” (P-04).

“A minha prática, particularmente; adentrávamos nas casas, sem nenhuma orientação, embasada na nossa profissão [...]” (P-05).

“[...] no curso de fisioterapia não tem nenhuma disciplina específica para o cuidado em saúde da família. A gente não é orientado para ter uma relação com a família [...]” (P07).

As falas revelam que são poucos os investimentos no processo ensino-aprendizagem voltados para o contexto comunitário, e os poucos momentos em que ocorriam foram de forma parcimoniosa. Assim, os graduandos não se sentiam preparados para atuar no ambiente familiar-domiciliar.

Por conseguinte, a falta de habilidades cognitivo-intelectivas para o contexto comunitário se fez refletir nas tentativas de aproximação comunitária ao lidarem com os fatores relacionais humanos do sistema familiar:

“Vou tentar ser imparcial, ouvir a todos, até porque como não conheço, não sei a realidade da família, mas tentarei orientar e amenizar os conflitos existentes, de uma maneira que fique bom para todos [...]” (P-01).

“[...] é uma situação bem complicada, porque envolve a questão do afeto, da história daquela família. É complicado, nós, terapeutas, aconselharmos, sugerirmos porque não sabemos o contexto daquela família [...].” (P-02).

Observa-se a necessidade de saberes para os fazeres da profissão, sobretudo por ser este um campo profícuo à fisioterapia no SUS. Assim, mostra-se como urgente a inclusão nos componentes curriculares do curso de graduação em fisioterapia saberes sobre o sistema familiar. Nesta inclusão, destacamos: saber conhecer a história de família; tipos de família reconhecidos na atualidade; tipos de vínculos; papéis; normas; valores; regras; organização estrutural, entre outros.

A próxima categoria lança luz sobre os espaços acadêmicos nos quais os graduandos têm obtido oportunidades de aprender a cuidar do sistema familiar, o que amplia o descrito na categoria discutida.

2. *Categoria*: Experiência do graduando de fisioterapia no contexto domiciliar - uma atividade extracurricular

Esta categoria emergiu a partir da compreensão sobre as necessidades e anseios dos graduandos de vivenciarem de uma forma proximal a relação pessoa-terapeuta, ressaltando a experiência fora do espaço acadêmico como fundamental, ao propiciar uma visão mais crítica sobre sua atuação em nível da AB. Ribeiro (2005) enuncia que as experiências fora do espaço acadêmico oferecem suporte ao graduando de conhecimento à prática da fisioterapia, e possibilita um preparo mais amplo dentro das perspectivas de atuação além dos muros da universidade, de forma integrada.

Nessa concepção, os graduandos ressaltaram a extensão universitária como ferramenta que contribuiu à sua aproximação na AB, e esta na articulação do ensino e da pesquisa, de forma integrada, corroborando a contextualização de cuidados e ações numa perspectiva mais crítica dentro do processo de formação profissional, de participação em atividades extracurriculares:

“[...] o PET Saúde, lá nós trabalhávamos muito com a prevenção, fazíamos visita domiciliar e conhecemos a família, o ambiente que a família vive [...].” (P-02).

“Eu tive a experiência de participar do NIEFAM, que é um projeto de atenção à saúde interdisciplinar e a gente desenvolvia um atendimento fisioterapêutico domiciliar no contexto familiar, então, a gente acabava se envolvendo nos lares da família, conhecendo melhor o paciente e suas relações intrafamiliares [...]” (P-07).

As falas enunciam programas e projetos de extensão à comunidade como necessários para promover a compreensão do contexto familiar e complementar, o que, segundo os graduandos, ficou a desejar nos componentes curriculares, o que, por seu turno, já se encontra descrito na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 9.394/96 (Brasil, 1996), a qual destaca a concepção do *ser-saber-fazer* em seu Art. 1º.

Assim, impulsiona a ultrapassar os muros da ciência tradicional para o *pensar integrador*. À luz da temática deste estudo – da formação profissional – se mostra a atividade extensionista a imprimir-se no processo formativo, na ação cidadã da universidade, de modo a um novo conceito de ensino, que não se limite ao aspecto físico da dimensão tradicional – sala de aula, mas compreenda todos os espaços dentro e fora da universidade, expressando um conhecimento transversalizado interdisciplinar em que as populações cujos problemas de saúde se tornem objeto da ação acadêmica sejam também consideradas sujeito desse conhecimento, como nos ensina o FORPROEX (2006).

Neste contexto, algumas das vantagens da extensão universitária são destacadas: difusão e socialização do conhecimento detido pela área de ensino; conhecimento da realidade da comunidade em que a universidade está inserida; prestação de serviços e assistência à comunidade; possibilidade de integração universidade-comunidade; fornecimento de subsídios para o aprimoramento da estrutura e diretrizes da própria universidade na busca da qualidade; integração ensino-pesquisa-extensão; possibilidade de diagnosticar necessidades de pesquisas e outras ações; difusão e socialização de novos conhecimentos entre outros.

Assim, essa categoria aponta a necessidade de se refletir teoricamente, e com sensibilidade, a formação profissional em ciências da saúde, visando a ascender discussões sobre conhecimento científico e disciplinarização dos saberes, de modo a evoluir cotidianamente como um espiral sempre em movimento ascendente a perseguir a ação proximal e resolutiva ao processo formador das pessoas.

3. *Categoria*: O cuidador e as demandas de cuidado cotidiano na atenção ao ente parental: a necessidade de ser cuidado versus o suporte profissional

Esta categoria emergiu com intensidade forte dos discursos dos familiares das pessoas idosas, enunciando a necessidade que eles têm de serem perspectivados como sujeitos da ação cuidativa profissional junto ao ente idoso. Enredou para seu campo de atração as falas de forma a atribuir uma única dimensão categórica sobre a demanda de cuidado ao idoso, exigir da família mudanças e adaptações para o cuidado parental.

Sobre isso, a literatura é profícua em estudos, destacando a sobrecarga do cuidador e da família, a exemplo de Camarano (2010), ao enunciar que os idosos fragilizados requerem maior tempo para o cuidado, pois apresentam comprometimento de sua autonomia. Assim, a família é o primeiro sistema proximal de cuidados para fazê-lo de forma mais efetiva, salienta Mafra (2011), o que também foi constatado neste estudo:

“O cuidado dele a gente cuida de manhã, ele toma café, às vezes, ele precisa de água a gente dar, o almoço, de tarde dar banho, fazer curativo e à noite um café, quando ele quer uma coisa a gente pega, que ele não anda nem nada. Então, tem que ser tudo nas mãos.” (C-05).

O cuidar a pessoa idosa em estado de fragilidade é dado em um *continuum* às atividades básicas de vida diária. Um requerer do outro tempo integral no cotidiano, o que se reveste em uma tarefa difícil, por vezes não exequíveis pela falta de experiência do cuidador/família sobre as ocorrências de alterações de saúde que se apresentam no decorrer do processo de cuidar e que precisa ser aprendido no dia a dia, exigindo esforço físico para oferecer um cuidado cauteloso a determinados procedimentos, a exemplo do curativo, na fala supracitada, que precisa de planejamento antecipatório para se ter um bom resultado, o que faz com que no decorrer do tempo surjam desgastes, físico e emocional, dos cuidadores (Cattani & Perlini, 2004).

Isso vem demonstrar que o cuidador do idoso precisa ser visto como uma pessoa que também tem necessidades e que precisa estar incluída no contexto de cuidados, devendo receber apoio do profissional de saúde quanto a capacitá-la para que possa estar apta para cuidar do outro como também de si própria. Trata-se de direito já enunciado na Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, a qual recomenda

que os cuidadores familiares também devam receber cuidados especiais, ao considerar a tarefa de cuidar de um adulto dependente como desgastante, podendo levar a riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador (Cerqueira & Oliveira, 2002).

“[...] a dificuldade que eu acho, assim, é na hora do banho e na hora de colocar ela para dormir, né? Devido também à minha saúde, de eu não tá aguentando, assim, pegar ela assim [...] Eu necessitava também de uma fisioterapeuta para mim [...].” (C-01).

“[...]a dificuldade é que às vezes a gente precisa de um homem para poder estar pegando ele, para tirar de cima da cama, para botar da cadeira, para botar lá fora, para tomar banho, para levar para fisioterapia, para levar para um médico [...].” (C-05).

Salles (2012) destaca que ainda prossegue a concepção de só um cuidador assumir toda a responsabilidade para cuidar, o que afeta as suas próprias demandas de saúde pela sobrecarga enfrentada no cotidiano, como também se pode observar nas falas dos sujeitos deste estudo.

Mostra-se como imprescindível que os cuidadores de pessoas idosas recebam apoio e suporte profissional de saúde. Neste direcionamento, destaca-se o princípio de integralidade do SUS, e assim o cuidador/família precisa ser assistido em ações de caráter preventivo, em uma atuação interdisciplinar (Giacomozzi & Lacerda, 2006). Faz-se notar a ESF na assistência domiciliária, cuja possibilidade de relação proximal pode favorecer o cuidado no sistema familiar em sua globalidade e conhecer os fatores influenciadores do processo saúde-doença na promoção da educação em saúde em nível primário, buscando atender de forma resolutiva a saúde da família em sua inteireza e globalidade, destacando-se o intercâmbio com o NASF.

Nas falas dos cuidadores percebe-se que os profissionais de saúde são muito importantes para a realização dos cuidados do sistema familiar:

“Em primeiro lugar tem as meninas, as fisioterapeutas. Em segundo lugar, o Dr. (citado o nome do médico) que é, assim, uma vez por mês que cuida de mãe, é o médico dela, do internamento domiciliar. Sem contar o agente de saúde que também é aquela pessoa que todos os dias tá aqui me orientando. Tem também a enfermeira chefe aqui do Posto do bairro, que está aqui também uma vez no mês, medindo a glicemia.” (C-01).

Ao se referirem aos acadêmicos de fisioterapia foram unânimes em destacar a importância de suas orientações para os cuidados diários ao familiar idoso e a si próprios. Enunciaram:

“[...] Ele não conseguia nem segurar um copo para tomar água e café, agora depois que vocês começou a fazer o trabalho com ele, ele ficou melhor e começou a andar mais melhor, que ele não andava.” (C-02).

“[...] eles vem fazer fisioterapia chega aqui tira a pressão minha a dele, fala para fazer o suco do chuchu, eles fala como é que ele pode deitar, sentar, fala tudo.” (C-04).

“[...]logo no começo, ele não virava só, ele ficava muito debilitado, muito dependendo da gente, hoje em dia não, assim às vezes a gente ajuda só a consertar uma perna, mas com a ajuda das meninas (referindo as estudantes de fisioterapia) ele aprendeu até a respirar, porque elas fazem exercício de respiração, elas ensinam ele faz sozinho, na minha saúde elas fazem uns exercícios, sempre dão dicas de fisioterapia.” (C-05).

O cuidado proximal fisioterapeuta a família se mostrou, ao analisar as falas, efetivo à manutenção e promoção de saúde do ente parental idoso e do familiar cuidador, revertendo-se também em um dado contributivo à formação do fisioterapeuta no âmbito de reavaliação do ensinar a cuidar no contexto acadêmico.

Considerações Finais

Com base nos resultados obtidos, verificou-se que há dificuldade no processo de ensino-aprendizado à inserção fisioterapeuta no contexto domiciliar no âmbito da AB, devido à construção do saber dar-se ainda de forma fragmentada e limitado a poucas disciplinas nos anos finais do curso. O reflexo disso é que os discentes têm sido pouco preparados à prática da integralidade da assistência como preconizado pelo SUS.

O que vai à contramão da necessidade das pessoas idosas em estado de fragilidade por condição crônica e seu sistema familiar, que enunciaram neste estudo, a

necessidade que eles têm de serem perspectivados como sujeitos da ação cuidativa fisioterapeuta em seu domicílio, de modo a capacitá-los para que possam estar aptos para cuidar do outro como também de si próprios.

Do exposto, mostra-se como necessário a abertura dos componentes curriculares, tendo em vista as novas diretrizes curriculares, de modo a serem desenvolvidos na perspectiva do pensar-fazer integrador no direcionamento do contexto familiar, ou seja, na concepção do modelo de saúde preconizado no Brasil diretamente relacionado à implantação e implementação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos os profissionais e órgãos envolvidos.

Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares*. (3ª ed.). Coimbra (Portugal): Quarteto.
- Bispo, J. (2010). Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 1627-1636.
- Borges, A.M.P., Salício, V.A.M.M., Gonçalves, M.A.N.B. & Lovato, M. (2010). A contribuição do fisioterapeuta para o programa de saúde da família – uma revisão da literatura. *UNICiências*, 14(1).
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF).
- _____. (2011). Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.029*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- _____. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. *Censo 2010*. Recuperado em: 17 setembro, 2011, de: <http://www.ibge.gov.br/censo2010>.
- _____. (2006). Ministério da Saúde /Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.º 19). Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- _____. (1994). Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, 5 jan.
- _____. (1996). Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Promove a descentralização e a autonomia para as escolas e universidades, além de instituir um processo regular de avaliação do ensino. Recuperado em: 2 agosto, 2010, de: http://www.mec.gov.br/home/legislacao/de_fault.shtm superior.

_____. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília (DF). Recuperado em 10 dezembro, 2011, de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf.

_____. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 196/96* sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Recuperado em 2 agosto, 2010, de: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.

_____. (2008). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 154, de 24 de janeiro. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Recuperado em 7 outubro, 2013, de: <http://www.saude.gov.br/dab>.

_____. (2012). *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 28 agosto, 2013, de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Camarano, A.A. (2010). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro (RJ): IPEA.

Cattani, R., B. & Perlini, G.O.M.N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 254-271.

Cerqueira A.N.R & Oliveira, N.I.L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. São Paulo (SP): *Psicol.USP*, 13(1).

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (2010). Recuperado em 02 agosto, 2010, de: <http://www.coofito.org.br>.

Durães, A.M. (2010). *Fisioterapia no contexto domiciliar: desvelando suas contribuições ao indivíduo e família no Município de Jequié-BA*. Monografia de graduação em Fisioterapia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

Felício D.N.L., Franco A.L.V., Torquato M.E.A. & Abdon A.P.V. (2005) Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *Rev Bras Promoc Saúde*, 18(2), 64-69.

Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX). (2006). *Indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão e a flexibilização curricular: uma visão da Extensão*. Porto Alegre (RS): UFRGS; Brasília (DF): MEC/SESu, 2100p. (Coleção Extensão Universitária – vol.4).

Giacomozzi, C.M. & Lacerda, M.R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Santa Catarina: *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*, 15(4), 645-653.

Gurgel, D.A., Salles, Oliveira, F. P.de A.O. & Salles, H.da S.A. (2012, março). Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 129-143. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 fevereiro, 2013, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13110>.

Kaloustian, S.M. (Org.). (1998). *Família brasileira: a base de tudo*. (3ª ed.). São Paulo (SP): Cortez; Brasília (DF): Unicef.

- Wright, L.M & Leahey, M. (2008). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (3ª ed.). São Paulo (SP): Roca.
- Lopes, L.M.P. (2007, jan.-jun.). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. Lisboa (Portugal): *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 39-46.
- Mafra, S.C.T. (2011). A tarefa de cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rio de Janeiro (RJ): *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14(2), 353-363.
- Minayo M.C. (2008). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. (27ª ed.). Petrópolis (RJ): Vozes.
- Morse, J.M. & Field, P.A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. (2ª ed.). London (England): Sage Publication.
- Neri, A.L. (Org.). (2006). *Cuidar de Idosos no contexto familiar: questões psicológicas e sociais*. (2ª ed.). Campinas (SP): Alínea.
- Paim, J.S. (2008). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanela, L., Escorel, S., Lobato, L.de V.C., Noronha, J.C. de & Carvalho, A.I. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- Pinto E.A., Silva D.A., Santos R.M & Trezza, M.C.S.F. (2012). Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. *Enfermagem em Foco*, 3(4), 194-197.
- Rebelatto, J.R. & Botomé, S.P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. (2ª ed.). São Paulo (SP): Manole.
- Resta, D.G. & Motta, M.G.C. (2005). Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. Florianópolis (SC): *Rev. Texto Contexto Enferm.*, 14, 109-115.
- Ribeiro, K.S.Q. (2002). A atuação da fisioterapia na Atenção Primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*. Pernambuco. *Rev. Fisioterapia Brasil*, 3(5), 311-318.
- _____. (2005). A contribuição da extensão comunitária para a formação acadêmica em fisioterapia. São Paulo (SP): *Fisioterapia e pesquisa*, 12(3), 22-29.
- _____. (2009, set./dez.). A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. Campinas (SP): *Cad. Cedes*, 29(79), 335-346.
- Saippa-Oliveira, G., Koifman, L. & Pinheiro, R. (2005). Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Ceccim, R.B., Mattos, R.A. & Pinheiro, R. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO.
- Silva, L.W.S., Durães, A.M. & Azoubel, R. (2011, jul.-set.). Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. *Fisioter Mov.*, 24(3), 495-501.
- Silva, D. & Da Rosa, M. (2007). Inserção de profissionais de fisioterapia da equipe saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1673-1681.
- Silva, L.W.S. (2007). *A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2*. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina/PEN. Florianópolis (SC).

Silva, L.W.S., Gonçalves, L.H.T & Costa, M.A.S.C. (2006, set.-out.). Abordagem sistêmica de enfermagem à família – considerações reflexíveis. *SERVIR*, 54(5), 214-223. Lisboa (Portugal).

Tavares, K.O., Scalco, J.C., Vieira, L., Silva, J.R & Bastos, C.C.C.B. (2012, jun.). Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 105-118. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 fevereiro, 2013, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8979>.

Teixeira, C. (s/d.). *Os princípios do sistema único de saúde*. Recuperado em 14 junho, 2013, de: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.

Valença, T.D.C. (2011). *Cuidar a família: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES, Jequié (BA).

Valença, T.D.C. & Silva, L.W.S. (2011, junho). Fisioterapia no Cuidado ao Sistema Familiar: Uma Abordagem à Pessoa Idosa Fragilizada. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 89-104. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 fevereiro, 2013, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6489/4705>.

Recebido em 30/05/2013

Aceito em 30/06/2013

Luzia Wilma Santana da Silva - Professora Adjunta do Curso de Enfermagem. Pós-doutora em Enfermagem PEN/UFSC. Docente do DS/UESB. Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coordenadora do Projeto de pesquisa e extensão NIEFAM. E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

Mirla de Souza - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital. E-mail: mirlafisio@yahoo.com.br

Tatiane Oliveira de Souza - Professora da UESB. Mestranda em Enfermagem e Saúde pelo PPGES-UESB. Membro do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu ciclo vital. Colaboradora do NIEFAM.

E-mail: tatiane2101@gmail.com

Téssia Fernandes de Souza - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.

E-mail: tessiafernandes@hotmail.com