

**Ana Luíza Moreira Pauffero**

**SAÚDE DO IDOSO NO NASF/BH: percepções de profissionais fisioterapeutas da  
Regional Oeste**

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG  
2015

Ana Luíza Moreira Pauferro

**SAÚDE DO IDOSO NO NASF/BH: percepções de profissionais fisioterapeutas da  
Regional Oeste**

Trabalho de conclusão de curso de especialização  
apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais  
com requisito parcial para obtenção do título de  
especialista em Geriatria e Gerontologia.

Orientadora: Profa. Fabiane Ribeiro Ferreira

Coorientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG  
2015

## RESUMO

O rápido envelhecimento da população é acompanhado por mudanças significativas na estrutura econômica, social e de saúde de um país. Numa perspectiva epidemiológica, há incremento relativo das doenças e condições crônicas de saúde, bem como das suas incapacidades associadas. Desta forma, políticas públicas voltadas para a população idosa e para o novo perfil de saúde do país se fazem necessárias. O Brasil vem se mobilizando para a criação políticas públicas para este segmento. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Em paralelo, no contexto do SUS, devido a necessidade de ampliar a abrangência das ações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para atender às demandas crescentes, foram criados em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O fisioterapeuta é um dos profissionais que compõem o NASF e que contribui para atenção integral ao idoso, especialmente em relação ao paradigma de saúde preconizado pela PNSPI – o da funcionalidade. Por isso, objetivou-se investigar a conformidade entre as ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas do NASF Oeste de Belo Horizonte no que se refere ao usuário idoso e as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde voltadas para esses usuários, em especial as diretrizes do NASF e as da PNSPI. A metodologia usada foi a utilização de um questionário fechado, autoaplicado. Medidas de tendência central e frequência foram utilizadas na análise dos dados. Os resultados demonstraram conformidade de algumas ações e desacordo em outras, o que reforça dados encontrados na literatura sobre a necessidade de alguns ajustes na forma de atuação dos núcleos, ainda em construção. Discussões, reflexões, atuações compartilhadas, as quais rompem com a lógica tradicional e fragmentada de atenção são necessárias para abordagem da saúde dos usuários tal como preconizado nas políticas públicas. Portanto, o NASF tem participação fundamental na assistência integral ao idoso. Com ações variadas, que contribuem para redução de incapacidades, o fisioterapeuta atuando junto à equipe multiprofissional contribui de forma efetiva para a assistência ao idoso na atenção primária.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. PNSPI. Saúde do idoso. Atenção integral.

## ABSTRACT

The rapidly aging population is accompanied by significant changes in the economic structure, social and health of a country. In an epidemiological perspective, there is relative increase of diseases and chronic health conditions and their associated disabilities. Thus, public policies for the elderly and the new country's health profile are required. Brazil has been mobilizing to create public policies for this segment. In 2006, the National Health Policy for the Elderly (PNSPI) was published. In parallel, in the context of SUS, due to the need to expand the scope of actions in the Family Health Strategy (ESF) to meet growing demands, were created in 2008, the Centers of Support for Family Health (NASF). Physical therapists are professionals that make up the NASF and contributes to comprehensive care to the elderly, especially in the healthcare concept advocated by PNSPI - the functionality. Therefore, we aimed to investigate the conformity of the actions carried out by physiotherapists from the NASF of Belo Horizonte West when it comes to the elderly user and the Guidelines established by the Ministry of targeted Health for these users, especially NASF guidelines and the PNSPI. The methodology was the use of a closed, self-administered questionnaire. Measures of central tendency and frequency were used in the data analysis. The results showed compliance of some actions and disagree in others, which reinforces the data found in the literature on the need for some adjustments in the form of performance of the core, still under construction. Discussions, reflections, shared actions, which break with the traditional and fragmented way of thinking care are necessary for the health of users approach as advocated in public policy. Therefore, the NASF has a fundamental role in comprehensive care to the elderly. With various actions that contribute to reducing disability, physical therapist working with the multidisciplinary team contributes effectively to the care of the elderly in primary care.

**Keywords:** Primary health attention. Support Center for Family Health. PNSPI. Health of the elderly. Comprehensive care.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 METODOLOGIA .....	11
3 RESULTADOS .....	12
4 DISCUSSÃO.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
REFERÊNCIAS .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que se iniciou nos países desenvolvidos e seguiu para os países em desenvolvimento, onde ocorre de forma acelerada. (KALACHE,1987; CARVALHO, 2003; OMS, 2005). Vivemos a chamada transição demográfica, na qual se observa a redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, resultando na modificação da estrutura etária da população, que passa a ser composta por grande número de indivíduos com mais de 60 anos (VASCONCELOS, 2012). No Brasil, em especial, esta transição tem ocorrido em ritmo bastante rápido. Projeções apontam que, em 2020, o Brasil será o sexto país em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (OMS, 2005 ; VERAS, 2009).

O rápido envelhecimento da população é acompanhado por mudanças significativas na estrutura econômica, social e de saúde de um país. Na perspectiva da epidemiologia, há incremento relativo das doenças e condições crônicas de saúde, bem como das suas incapacidades associadas (MENDES, 2010). Os problemas de saúde trazidos pelo envelhecimento de uma sociedade desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social (LOUVISSON, 2009). Desta forma, políticas públicas voltadas para a população idosa e para o novo perfil de saúde do país se fazem necessárias.

O Brasil vem se mobilizando para a criação políticas públicas para este segmento. A partir da Constituição Federal de 1988, que trouxe o direito universal e integral à saúde para a sociedade, começou a tratar sobre os direitos da população idosa (WILLIG, 2012). Atribuiu o amparo específico ao idoso à família, à sociedade e ao Estado, de modo a assegurar sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida (BATISTA, 2011; BRASIL, 1988). Já com o Sistema Único de Saúde (Lei 8080, de 1990) em vigência, foi criada, A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), a qual assegurou direitos sociais aos idosos, estabelecendo como foco a promoção da autonomia e participação efetiva na sociedade. Sua regulamentação (BRASIL, 1996) reafirmou a garantia à assistência integral à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, hierarquizada a partir das Unidades Básicas. Em sequência, foi criada a Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), que tem como diretriz a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou manutenção ao máximo da capacidade funcional. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) destinado a reiterar e regular os direitos dos idosos, incorpora num único dispositivo, leis e

políticas anteriores (WILLIG, 2012). No que tange especificamente ao direito à atenção integral à saúde, prevê ações e serviços que favoreçam a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BATISTA, 2011). Em 2006, gestores do SUS firmaram um compromisso público – o Pacto pela Saúde, cuja proposta era a definição anual de prioridades articuladas e integradas em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Naquele ano, uma das prioridades do Pacto pela Saúde, foi a Saúde do Idoso, com principal objetivo de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI), buscando a atenção integral. Assim, em 2006, foi aprovada a PNPSI (BRASIL, 2006), que traz como finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”. Como diretrizes aponta para: a promoção do Envelhecimento Ativo e saudável, seguindo as orientações do documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (OMS, 2005), o estímulo à participação e o fortalecimento do controle social e atenção integral (BATISTA, 2011; BRASIL, 2006).

Em paralelo, no contexto do SUS, política que se ancora em pilares como a universalização, a integralidade e a descentralização e utiliza, em sua organização, o princípio da territorialidade, o desenvolvimento das políticas públicas levou o Ministério da Saúde a implementar, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo para reorganizar a prática assistencial (BRASIL, 2006). A ESF vem possibilitando a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, pois melhora a acessibilidade das famílias à saúde (BRASIL, 2012, 2010). A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a porta preferencial de entrada do SUS e o centro de comunicação e coordenação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012; MENDES, 2010).

A maior acessibilidade à saúde e contextualização dos problemas possibilitado pela ESF, bem como as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, que impõem um aumento na complexidade dos problemas de saúde, aumentam a necessidade de ampliação de saberes para gestão mais abrangente dos casos. Assim, visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde criou, com a Portaria 154, de 2008, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os NASF são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, sob a lógica de apoio matricial, às Equipes de Saúde da Família (eSF), dando apoio e compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (BRASIL, 2012, 2014).

Em consonância com o modelo de saúde orientado em redes de atenção que tem a atenção básica como a coordenadora do cuidado, a Saúde da Família deve, então, representar, para o idoso, o principal vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE, 2003; TRAD, 1998). E, uma vez que as políticas públicas para a população idosa tem como foco da atenção integral a manutenção/recuperação da capacidade funcional, todas as ações de promoção de saúde, de assistência e reabilitação devem ter esse foco como meta principal (BRASIL, 2006; VERAS, 2009). Sendo assim, os profissionais envolvidos na saúde da família devem apresentar competências, habilidades e atribuições específicas, de forma a garantir a realização das atividades pactuadas em relação à Saúde da Pessoa Idosa (SILVESTRE, 2003; BRASIL, 2006). Como parte integrante da atenção básica, O NASF também tem como missão o apoio, junto à eSF, no cuidado integral à pessoa idosa, seguindo estas mesmas diretrizes.

### **1.1 A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**

A PNSPI traz um novo paradigma para a conceituação de saúde da pessoa idosa, considerando ser indispensável que se considere a condição funcional, visto que a prevalência da incapacidade aumenta com a idade, embora a idade por si só não prediga incapacidade (BRASIL, 2006). Dentro deste pressuposto, inclui as seguintes diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;



- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

## **1.2 O NASF**

Os NASF visam fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (MÂNGIA, 2008).

A atuação do NASF se baseia nas diretrizes relativas à atenção básica e se dá sob a forma de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, desenvolvendo ações junto às eSF (BRASIL, 2010). Desta forma, apresenta processo de trabalho próprio, pautado na gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, de forma a priorizar:

- atendimentos compartilhados;
- intervenções específicas aos usuários e famílias;
- ações comuns nos territórios de forma articulada com as eSF.

Sua atuação se dá na promoção à saúde, na prevenção de agravos e na reabilitação, o que amplia a escopo de intervenções no processo saúde-doença, favorecendo o cuidado da população e fortalecendo a ESF. Para o desenvolvimento de suas ações conta, em seu processo de trabalho,

com algumas ferramentas tecnológicas, a saber: o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2010).

O apoio matricial ou matriciamento refere-se à metodologia de trabalho na qual profissionais de referência e especialistas mantêm relação entre si e compartilham campos de conhecimento de modo horizontal, de forma a gerar novos saberes e possibilidades de atuação, diminuindo a fragmentação do cuidado (CAMPOS, 2007).

A Clínica Ampliada busca evitar abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar e construir sínteses singulares de cada matriz disciplinar, objetivando proporcionar uma visão ampliada do processo saúde-doença. Possui como um de seus eixos a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas (BRASIL, 2010).

Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, observa-se que as ações do NASF estão ancoradas em uma tecnologia de gestão bem definida, que deve ser incorporada às diretrizes do SUS e à PNSPI na abordagem do usuário com mais de 60 anos.

### **1.3 O profissional fisioterapeuta no NASF**

Várias são as profissões que compõem o NASF, entre elas está a Fisioterapia.

A Fisioterapia “é uma ciência 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, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade” (COFFITO). Segundo esta definição do COFFITO, há previsão de atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Porém, a inserção deste profissional no NASF representa a primeira aproximação formal da fisioterapia neste nível de atenção (FORMIGA, 2012). Desde sua origem, a fisioterapia tem um caráter essencialmente curativo e reabilitador, seguindo a lógica biomédica, com enfoque na doença (BISPO-JUNIOR, 2010). A atuação nas áreas de promoção e prevenção vem ocorrendo apenas recentemente (PEREIRA, 2004). Neste novo

campo de atuação, pautado pelos princípios do SUS, há a necessidade de romper o isolamento e o individualismo da prática fisioterapêutica reabilitadora para emergir uma nova lógica de atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar de forma a garantir integralidade na assistência (BISPO-JUNIOR, 2010).

Como objeto da atuação da fisioterapia na atenção básica, Pereira et al definem: “movimento humano visando à saúde funcional do indivíduo na promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação.” Em qualquer que seja o nível de atuação, a fisioterapia apresenta a Funcionalidade como ênfase de seus objetivos terapêuticos, visando promover, ao máximo, o retorno do indivíduo à sociedade. Nessa perspectiva, fica evidente a importância do fisioterapeuta para a atenção integral ao idoso, no âmbito da Saúde da Família, uma vez que sua atuação vai ao encontro das diretrizes das políticas de atenção à saúde do idoso, que se direcionam ao enfrentamento das incapacidades funcionais (ACIOLE, 2013).

#### **1.4 Objetivo geral**

Investigar a conformidade entre as ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas do NASF Oeste de Belo Horizonte no que se refere ao usuário idoso e as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde voltadas para esses usuários.

#### **1.5 Objetivos Específicos**

- Enumerar as ações prioritariamente exercidas pela fisioterapia do NASF Oeste direcionadas ao público idoso;
- Conhecer aspectos do processo de trabalho do NASF Oeste, especialmente no que se refere à relação com as eSF;
- Qualificar a interação do NASF Oeste com as eSF para ações voltadas ao público idoso
- Conhecer a articulação intersetorial do NASF Oeste com serviços do território
- Enumerar os fatores facilitadores e dificultadores para execução de ações do NASF Oeste
- Quantificar da oferta de educação permanente específica do cuidado ao idoso aos profissionais do NASF Oeste.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento, amostra e instrumentação**

Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva sobre questões referentes à atuação do fisioterapeuta do NASF da Regional Oeste de Belo Horizonte na atenção ao idoso. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semiestruturado, autoplicado, desenvolvido com base no instrumento utilizado no estudo de Araújo, RE, 2014. O instrumento foi respondido por 10 dos 11 profissionais fisioterapeutas que compõem as 7 equipes de NASF da Regional Oeste do Município de Belo Horizonte no período de setembro a outubro de 2015. O questionário foi formulado com o objetivo de obter dados objetivos sobre a atuação desta categoria profissional, no âmbito da atenção básica, para proporcionar base para interpretação da conformidade das ações com as diretrizes do Ministério da Saúde e de Políticas Públicas voltadas para a população idosa.

O instrumento constava 89 questões, em sua maioria fechadas, abordando as seguintes dimensões: Identificação Geral, Estrutura Física e Recursos, Organização do Apoio Matricial às eSF, Demanda Específica da População Idosa e Gestão da Demanda, Educação Permanente, Produto Final da Assistência, Satisfação Profissional.

### **2.2 Procedimentos e análise dos dados**

Os profissionais foram convidados a participar do estudo por meio de contato pessoal, quando foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Foi então agendada uma visita ao local de trabalho do profissional, de acordo com sua conveniência, quando o pesquisador entregou o questionário, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a sua participação voluntária. Foi informada a duração prevista para o preenchimento do questionário (30 minutos).

Os dados obtidos com as respostas dos profissionais foram processados e analisados no programa Microsoft Excel (2010).

Os resultados serão apresentados e analisados de forma descritiva e em seguida discutidos e interpretados levando-se em conta as diretrizes do Ministério da Saúde, em especial as do NASF e da PNSPI.

### **3 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados seguindo as dimensões do questionário.

#### **3.1 Perfil dos participantes**

Todos os 10 profissionais convidados a participar do estudo responderam ao questionário.

Nove profissionais (90%) são do sexo feminino e um (10%) do sexo masculino, com média de idade de 39 anos. Cinco (50%) são casados, quatro (40%) solteiros e um (10%) divorciado. A carga horária semanal de todos os profissionais no NASF é de 20h e 80% deles tem outro vínculo de trabalho. O tempo que trabalham no NASF variou de 2 anos e 11 meses a 8 anos, sendo que oito (80%) profissionais trabalham há mais de 6 anos ou mais. As equipes de NASF nas quais os entrevistados trabalham dão apoio a Equipes de Saúde da Família de mais de um Centro de Saúde. Cinco profissionais (50%) dão apoio a 3 Centros de Saúde e outros cinco (50%) a 2. Quanto ao número de Equipes que apoiam, quatro (40%) relataram suporte a 8 equipes, um (10%) a 9, dois (20%) a 11 e dois (20%) a 12.

Todos os entrevistados se formaram na graduação em instituições de ensino de Belo Horizonte – MG, com tempo de formação variando de 4 a 25 anos, sendo que 90% se formaram há 9 anos ou mais. Sete profissionais (70%) possuem alguma formação pós-graduação. Nenhum deles em área de estudo especificamente relacionada ao envelhecimento.

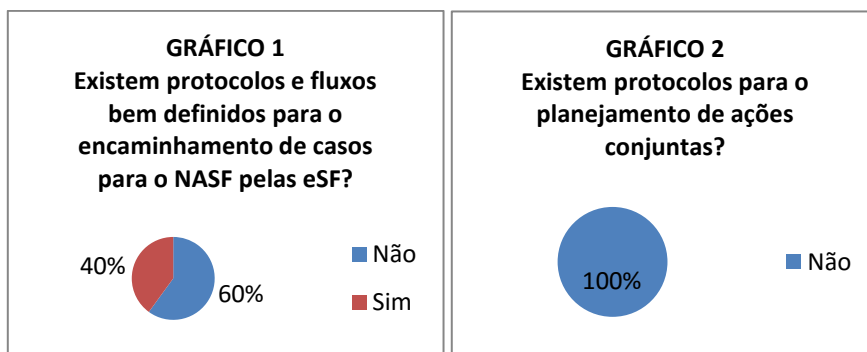
#### **3.2 Atividades previstas e apoio matricial**

Os resultados referentes às atividades previstas e à forma como os profissionais disponibilizam suas agendas para as equipes de referência estão descritos em tabela 1 e 2, respectivamente. Observa-se que as atividades realizadas são bem semelhantes entre as diferentes equipes de NASF, porém o mesmo não acontece na forma como a agenda é disponibilizada para as eSF.

<b>TABELA 1 - QUAIS ATIVIDADES ESTÃO PREVISTAS NA SUA AGENDA?</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>
Consultas individuais específicas para avaliação	10	100
Atendimentos individuais específicos para tratamento	10	100
Atendimentos compartilhados	9	90
Grupos terapêuticos e/ou grupos de educação em saúde	9	90
Visitas domiciliares	10	100
Reuniões de matriciamento com equipes de saúde da família	10	100
Ações compartilhadas com outras instâncias, como a assistência social ou com a comunidade	6	60

<b>TABELA 2 – DE QUE MANEIRA VOCÊ DISPONIBILIZA SUA AGENDA PARA AS EQUIPES DE REFERÊNCIA?</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>
Verbalmente, durante as reuniões com as eSF	4	40
Escrita, durante as reuniões com as eSF	1	10
A agenda é afixada na(s) unidade(s) de referência em local visível	6	60
A agenda não é disponibilizada para as eSF	3	30

Sobre a existência de protocolos e fluxos para encaminhamento para o NASF e para o planejamento de ações conjuntas do NASF com as Equipes de Saúde da Família, 60% dos profissionais responderam negativamente à primeira questão e 100% à segunda (gráficos 1 e 2).



No que se refere às reuniões com as eSF, todos os profissionais responderam que ocorrem mensalmente. A percepção da qualidade do matriciamento realizado nas reuniões (em uma escala de 0 a 10 – muito ruim a excelente) obteve média 5,3 (tabela 3). Os principais fatores negativos que o influenciam estão descritos na tabela 4, com as respectivas frequências de respostas selecionadas.

**TABELA 3 - QUAL A SUA PERCEPÇÃO SOBRE A QUALIDADE DO MATRICIAMENTO REALIZADO NAS REUNIÕES COM AS ESF?**

P1	5
P2	4
P3	7
P4	3
P5	8
P6	2
P7	6
P8	3
P9	6
P10	9
<b>MÉDIA</b>	<b>5,3</b>

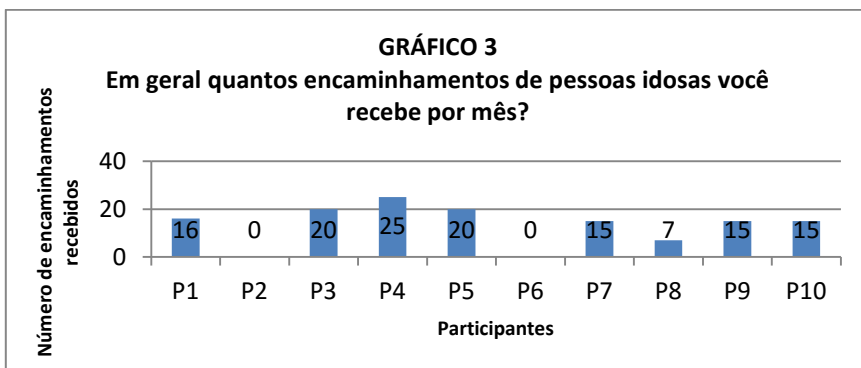
**TABELA 4 – QUAIS VOCÊ CONSIDERA SEREM OS PRINCIPAIS PROBLEMAS QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DO MATRICIAMENTO?**

	<b>SIM</b>	<b>%</b>
Falta de conhecimento da ESF sobre a proposta de matriciamento	7	70
Falta de conhecimento do NASF sobre a proposta de matriciamento	1	10
Falta de informações relevantes sobre o indivíduo ou família que possam auxiliar na condução do cuidado	7	70
Falta de conhecimento dos fluxos de encaminhamento da rede pelas ESF	3	30
Falta de conhecimento dos fluxos de encaminhamento da rede pelo NASF	2	20
Falta de conhecimento sobre as ações e a forma de atuação do NASF pelas ESF	6	60
Falta de interesse e adesão das ESF às reuniões de matriciamento	5	50
Falta de interesse do NASF nas reuniões de matriciamento	0	0
Outros ("Falta de interesse em discutir os casos - ESF e NASF")	1	10
Outros ("Tempo")	1	10
Outros ("Falta de interesse dos médicos, pois raramente participam da reunião")	1	10

Entre os principais fatores positivos percebidos sobre o matriciamento estão: “ampliação do olhar”, “possibilidade de multiplicação e troca de conhecimentos entre os profissionais”, “capacitação”, “filtra os casos encaminhados”, “maior resolubilidade dos casos” e “melhor direcionamento do usuário na rede” apareceram.

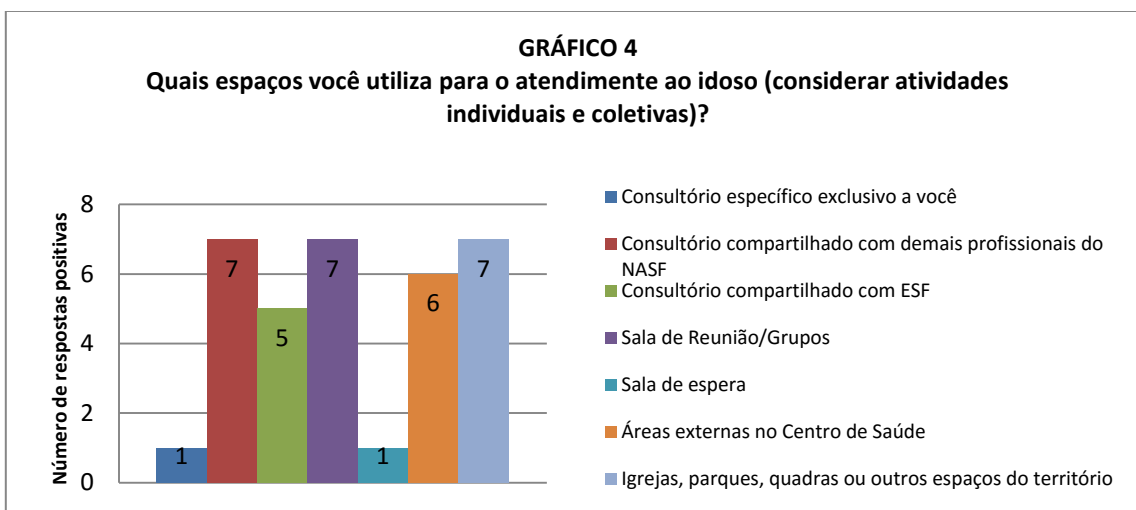
### **3.3 Demanda específica da população idosa e gestão da demanda**

Os profissionais foram questionados sobre o número aproximado de encaminhamentos de pessoas acima de 60 anos recebidos mensalmente. Duas pessoas (20%) não souberam especificar, uma pessoa (10%) respondeu 7 e as demais (70%), responderam 15 ou mais (gráfico 3). Entre os 8 participantes que responderam, o número médio de encaminhamentos foi de 16,63.



### 3.3.1 Estrutura física e recursos materiais

Em referência aos espaços utilizados para o atendimento (individual ou coletivo) aos idosos, o mais frequente foi o Consultório compartilhado com profissionais do NASF, Sala de Reunião/Grupos e Espaços do território (gráfico 4).

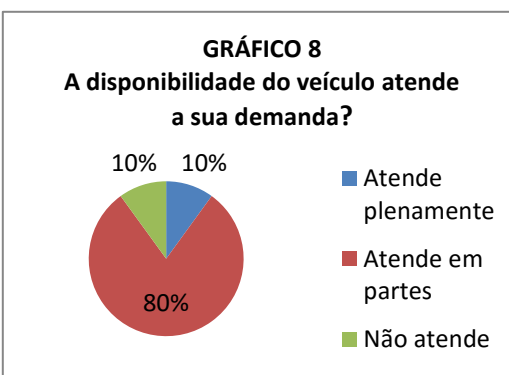
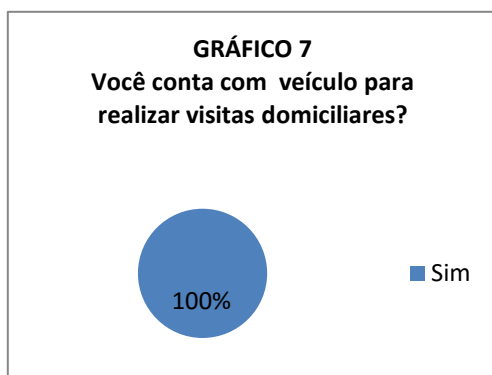
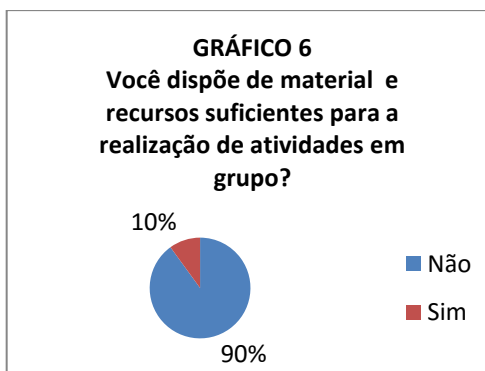
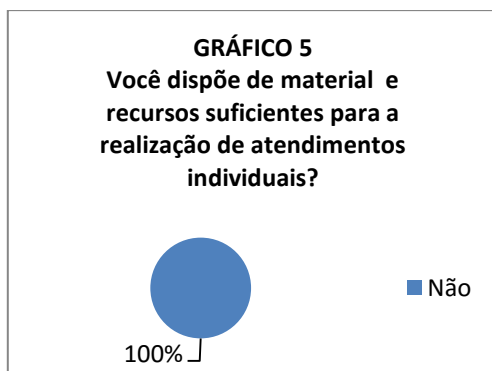


Quanto à adequação dos espaços para o atendimento da população em questão e para as atividades desenvolvidas, a pontuação média foi 5,3 e 5,2, respectivamente (escala de 0 a 10/ Muito ruim – excelente) (tabela 5).



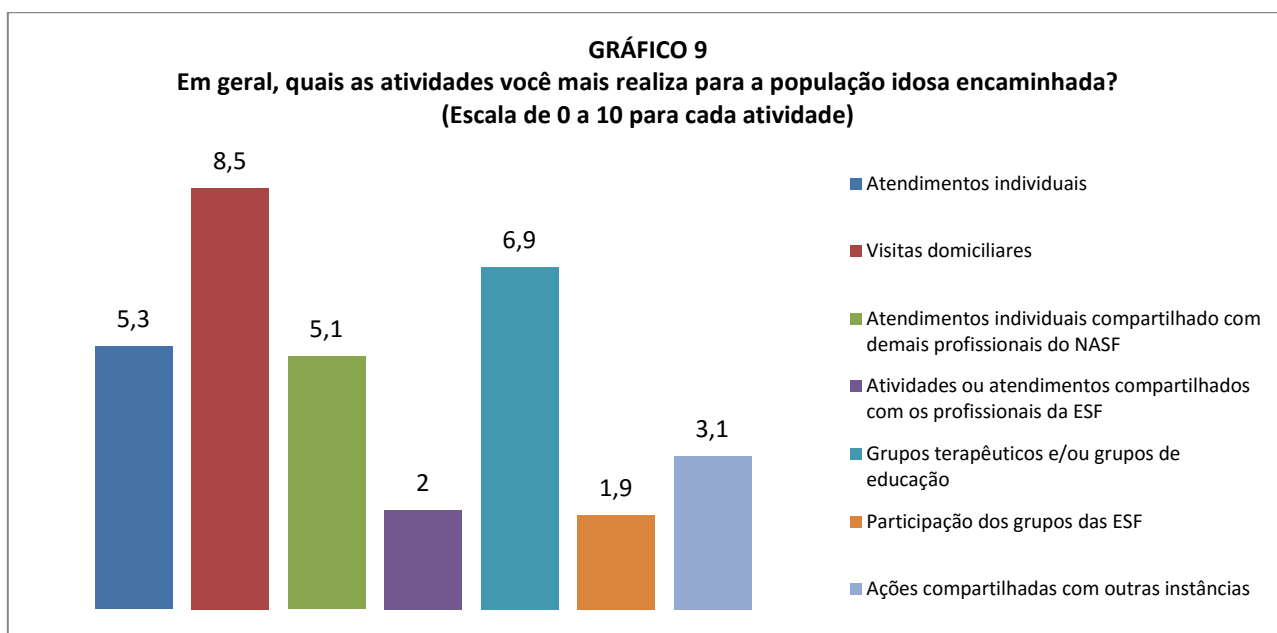
TABELA 5 -	O quanto você considera que os espaços utilizados para atendimento ao idoso estão adequados para a população em questão?	O quanto você considera que os espaços utilizados para atendimento ao idoso estão adequados para a população em questão?
P1	4	4
P2	4	4
P3	5	7
P4	5	5
P5	7	7
P6	6	5
P7	6	6
P8	2	2
P9	8	6
P10	6	6
<b>MÉDIA</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>

Em relação à suficiência de material e recursos para atendimentos individuais e coletivos, os profissionais responderam negativamente (gráficos 5 e 6). No que se refere à disponibilidade de veículos de transporte para a realização de visitas domiciliares, 100% dos profissionais reponderam positivamente, porém esta disponibilidade atende parcialmente à demanda do serviço (gráficos 7 e 8).

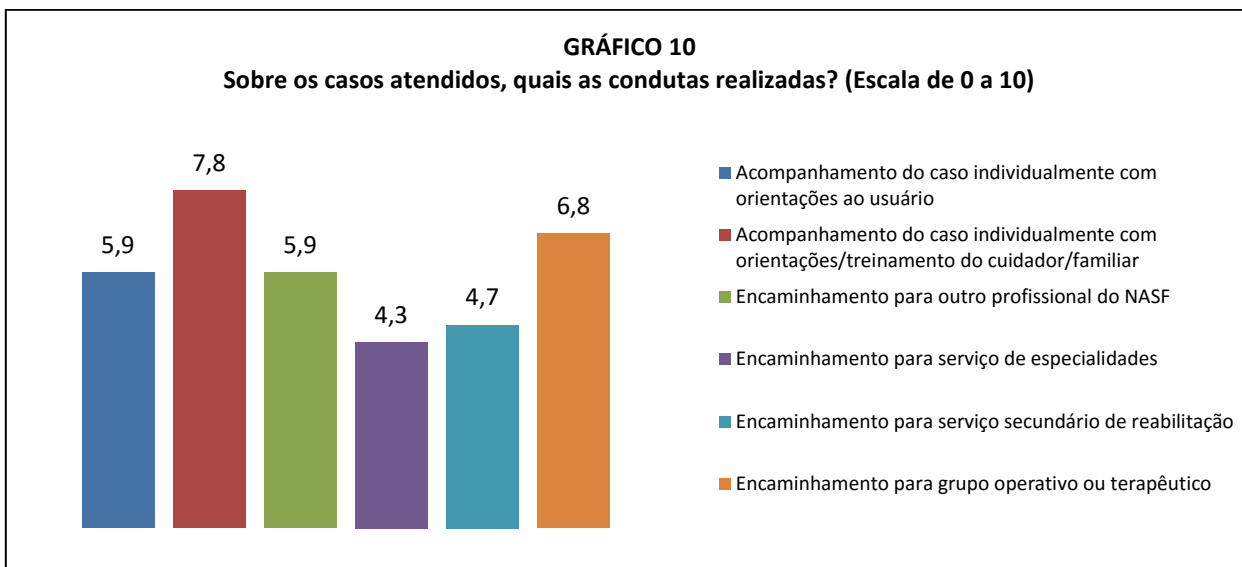


### 3.3.2 Atividades

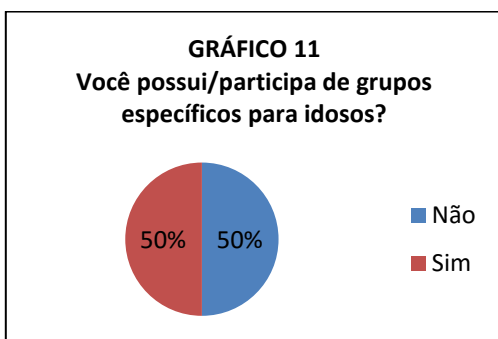
Sobre os tipos de atendimentos (atividades) que realizam especificamente com o público idoso, os profissionais responderam, em uma escala de 0 a 10 (pouco realizado a muito realizado, que o atendimento mais realizado é a Visita Domiciliar, seguida de Grupos (gráfico 9).



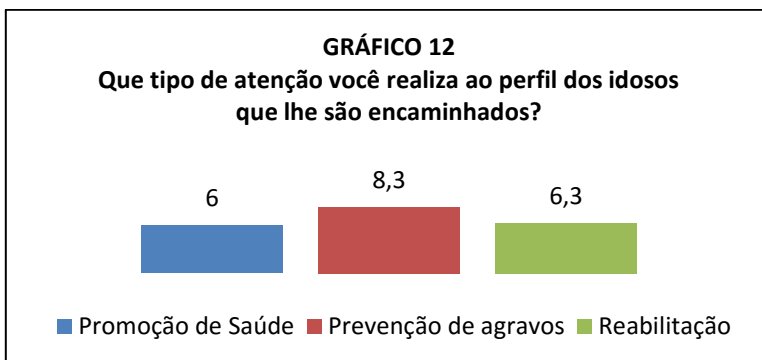
Sobre as condutas realizadas aos casos atendidos, os profissionais responderam a uma escala de 0 a 10 (pouco realizado a muito realizado). A partir da média das respostas dadas, observou-se que o acompanhamento do caso individualmente, com orientações/treinamento do cuidador/familiar, seguido de encaminhamento para grupos são as condutas mais realizadas (gráfico 10).



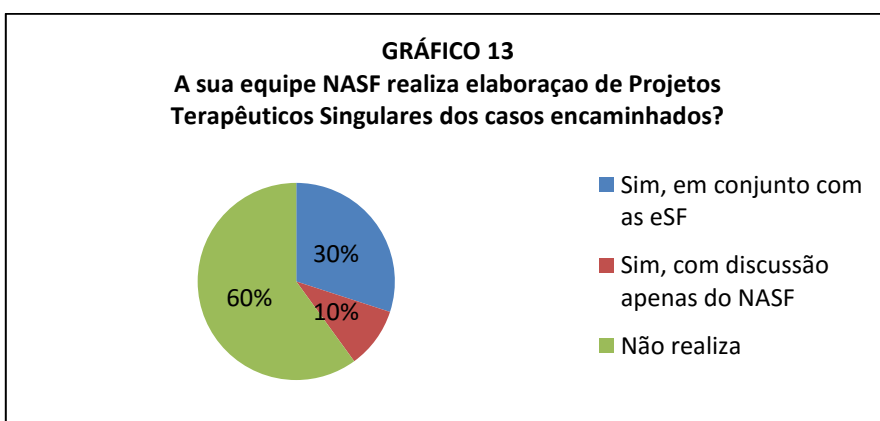
Questionados se possuem ou participam de grupos específicos para idosos, cinco profissionais (50%) responderam que sim e os outros 50% que não (Gráfico 11).



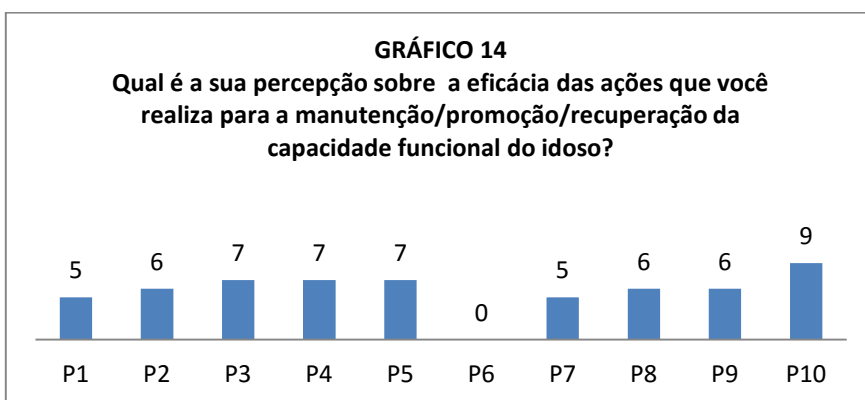
Sobre o tipo de atenção (promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação) que realizam ao perfil dos idosos encaminhados, foram solicitados a responder, em escala de 0 a 10 (pouco realizado a muito realizado). A partir da média das respostas, observa-se que atuam principalmente na Prevenção de agravos (gráfico 12).



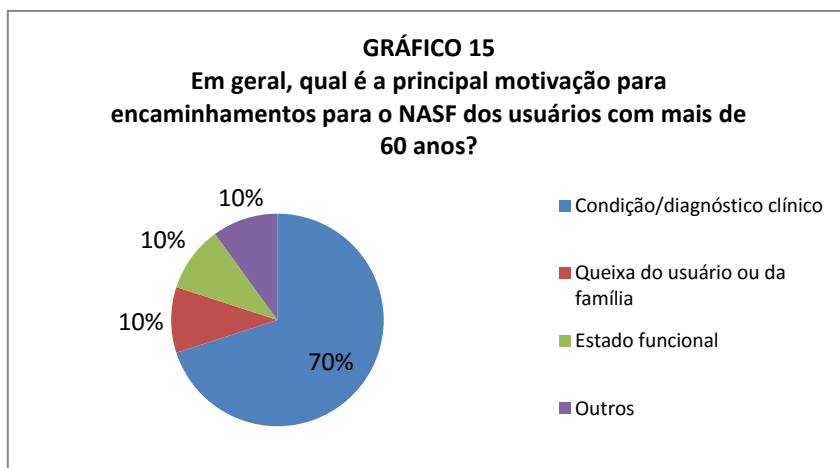
Em relação à elaboração de Planos Terapêuticos Singulares, 6 profissionais (60%) responderam não realizar (gráfico 13).



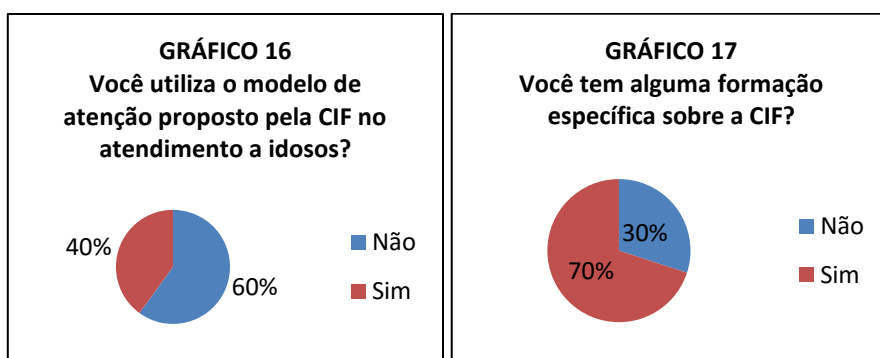
Questionou-se qual a percepção do profissional sobre as ações que realiza quanto a eficácia para a manutenção/promoção/recuperação da capacidade funcional do idoso, em um escala de 0 (muito ruim) a 10 (excelente). O P6 não respondeu à questão. A média das respostas dos outros 9 profissionais foi de 6,44, conforme mostra o gráfico 14.



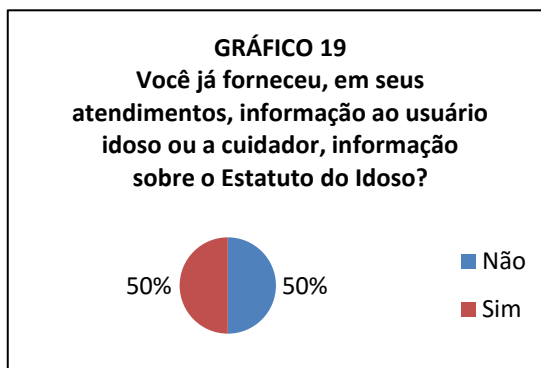
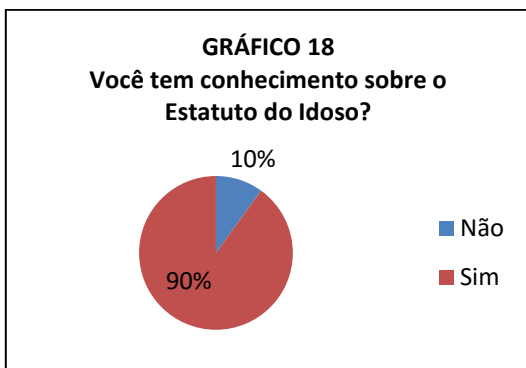
Questionou-se qual é a principal motivação para o encaminhamento para o NASF, pelas eSF, dos usuários com mais de 60 anos. Sete profissionais (70%) responderam condição/diagnóstico clínico, um (10%) respondeu queixa do usuário ou da família, um (10%) estado funcional do usuário e um (10%) respondeu outros (Gráfico 15).



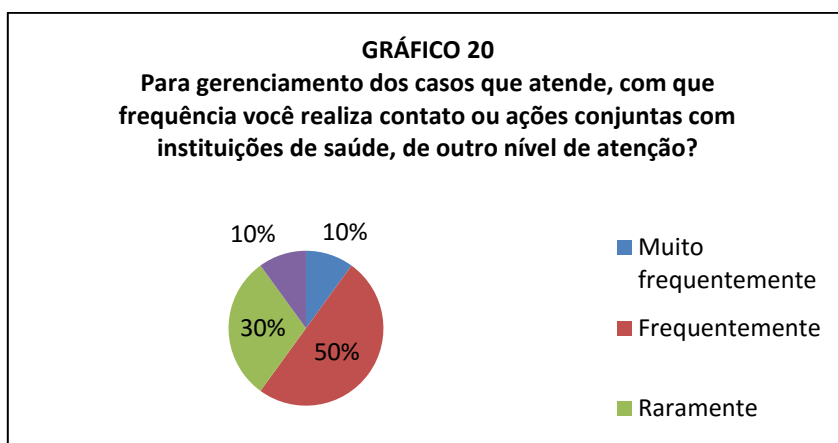
Sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, questionou-se aos profissionais se utilizam o modelo de atenção proposto por esta classificação para o atendimento a idosos e se possuem alguma formação específica. O resultado é demonstrado nos gráficos 16 e 17.



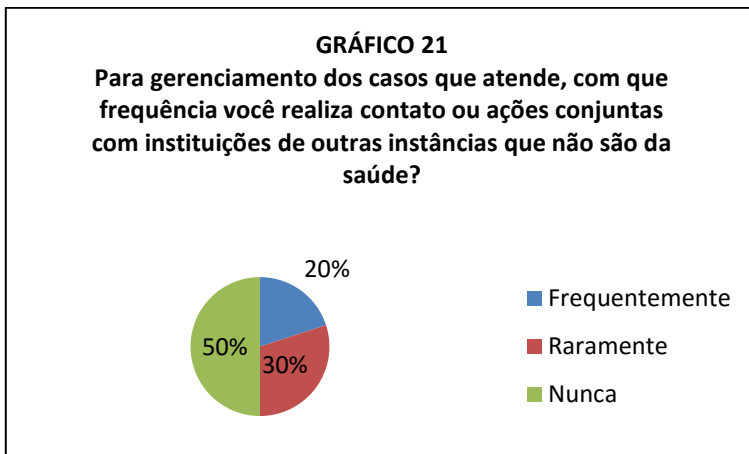
Sobre o Estatuto do Idoso, foi perguntado se os profissionais tem conhecimento e se já forneceram, em seus atendimentos, informação sobre o mesmo a usuário ou a cuidador. Nove (90%) responderam ter conhecimento e cinco (50%) já ter fornecido informação sobre ele (gráfico 18 e 19).



Em relação à Rede de Atenção a Saúde, procurou-se saber se os profissionais realizam contato com as instituições de outros níveis de atenção. Cinco (50%) responderam realizar frequentemente (gráfico 20).



Já em relação à articulação intersetorial, questionou-se a frequência do contato com instituições de outras instâncias que não da saúde. Cinco profissionais (50%) responderam nunca realizar (gráfico 21).



Em relação à educação permanente, questionou-se se receberam, no último ano, alguma formação específica sobre temas relacionados à atenção e cuidado ao idoso, apenas um profissional (10%) respondeu positivamente.

#### 4 DISCUSSÃO

Neste estudo foi investigada a conformidade entre as ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas do NASF Oeste de Belo Horizonte para o usuário idoso e as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Foi observado conformidade de algumas ações e desacordo em outras, o que reforça dados encontrados na literatura sobre a necessidade de alguns ajustes na forma de atuação, que certamente ainda está em processo de construção.

A Portaria 154 preconiza que os NASF atuem em parceria com os profissionais das eSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio a essas equipes e na unidade na qual está cadastrado (BRASIL, 2008). Ao descrever e propor a metodologia de trabalho de apoio matricial e equipe de referência, Campos, 2007 enfatizou a necessidade de um rearranjo organizacional dos sistemas de saúde, tradicionalmente estruturados de forma vertical (hierarquizada), que conspira contra o modo interdisciplinar de assistência preconizado pelo SUS. Desta forma, propõe que a retaguarda especializada trabalhe não de forma fragmentada, com mecanismos como o da referência e contra-referência, mas de maneira horizontal, na construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias. Para isso, propõe um funcionamento dialógico entre as equipes de referência, responsáveis por manter uma relação de coordenação longitudinal com os usuários adscritos, e as

equipes de apoiadores, responsáveis por contribuir com intervenções e/ou conhecimento especializado, visando aumentar a capacidade de resolver problemas de saúde. Por ser um núcleo de apoio, as ações do NASF são indissociáveis e dependentes das ações das eSF (LANCMAN, 2013). Portanto, a baixa articulação entre essas duas equipes, verificada no presente estudo pelo baixo índice de realização de atividades compartilhadas, o que inclui a participação em seus grupos específicos e elaboração conjunta de projetos terapêuticos singulares, vão de encontro a esta diretriz básica. Araújo, 2014 em seu estudo sobre os indicadores de resultado dos NASF em Belo Horizonte também observou dificuldades dos profissionais do NASF em realizar ações conjuntas com as eSF. Segundo Campos, 2007 e Cunha, 2011, o contato entre referências e apoiadores deve ser direto e periódico e deve implicar sempre na construção de projetos terapêuticos integrados.

O que se observa é que, embora as reuniões conjuntas ocorram com frequência (mensal), os participantes deste estudo percebem baixa qualidade no matriciamento dos casos nessas reuniões. A essa baixa qualidade atribuem principalmente razões como o desconhecimento das eSF da proposta de apoio matricial e das ações do NASF, desinteresse das eSF pelas reuniões de matriciamento e, ainda, escassez de informações relevantes sobre os usuários para auxiliar na condução dos casos. Isso, possivelmente, é reflexo da dificuldade ainda existente em lidar com a nova forma de organização do trabalho e com ferramentas tecnológicas, como o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (ARAÚJO, 2014), embora valorizem de sobremaneira estas metodologias. Corroboram com esse achado, os diversos estudos sobre o NASF (LANCMAN, 2013; SILVA, 2012; ANJOS, 2013) que ressaltam a necessidade de mudança na maneira de atuar dos profissionais envolvidos neste processo de cuidado.

Como razão para a baixa qualidade do matriciamento, pode estar a baixa participação de algumas categorias profissionais da eSF nas reuniões e a grande rotatividade de profissionais, especialmente da categoria médica observada na prática (Araújo, 2014). Além disso, a inexistência de protocolos bem definidos de planejamentos de ações conjuntas e de encaminhamentos para o NASF relatada pelos profissionais, pode dificultar esse diálogo essencial. Ao mesmo tempo, observa-se, que não há um consenso, entre os diferentes núcleos, sobre a forma de disponibilizar suas agendas para as eSF. Silva, 2012 descreve como um desafio a articulação das atividades do NASF dentro da agenda das eSF, considerando as metas



assistenciais e o processo de trabalho já estabelecido por elas. Consonantemente, Araújo, 2014 observou em seu estudo que não existe coincidência das agendas entre as equipes de referência e de apoio.

Todos esses achados revelam necessidade de ajustes relacionados ao processo de trabalho do NASF, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, que, conforme discutido, ainda se mostra difícil devido necessidade de mudanças na lógica de atuação. Mângia e Lancman, 2008 indicaram o perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde como um obstáculo que seria encontrado no percurso de implantação do NASF, uma vez que o trabalho em equipe não está presente em disciplinas curriculares da graduação. Assim, a criação de oportunidades para a atuação conjunta, integrada e intersetorial passa a ser um grande desafio na formação de profissionais da área da saúde (MÂNGIA, 2008). Frente à nova proposta metodológica do NASF, com trabalho inter e transdisciplinar e não apenas com enfoque no conhecimento técnico especializado, uma revisão crítica dos processos de formação dos profissionais de saúde se faz necessária (ANJOS, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve como exemplos de ações desenvolvidas pelo NASF a discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras (BRASIL, 2012). As atividades relatadas pelos participantes parecem contemplar a maior parte dessas ações previstas. Similarmente, é o que ocorre em relação às atividades realizadas especificamente ao público idoso, pois se mostraram variadas possibilitando uma assistência de forma adequada à heterogeneidade desta população, atendendo às diretrizes das políticas voltadas a ela. A PNSPI, por exemplo, valoriza o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco. Propõe diversas ações, que abrangem promoção, prevenção e tratamento de saúde, com prioridade para as atividades em grupo e que estimulem a convivência e a participação social (BRASIL, 2006).

O predomínio de realização de visitas domiciliares, seguido de atividades coletivas para este grupo em questão é coerente com diversas diretrizes contidas em políticas. A portaria 154

(BRASIL, 2008) traz como função dos profissionais dos NASF ações para promoção, prevenção e reabilitação, priorizando os atendimentos coletivos. Entretanto, sabe-se que nem sempre a abordagem coletiva é possível, e, especialmente para pessoa idosa, o atendimento domiciliar pode se fazer importante ou até mesmo estratégico. O Caderno de Atenção Básica número 19 (BRASIL, 2006), que trata de envelhecimento e saúde do idoso, traz um capítulo específico sobre atenção domiciliar, definindo como “conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações”. Reforça que este favorece o desenvolvimento e adaptação das funções de maneira a restabelecer a independência e a preservar a autonomia do usuário, na medida em que possibilita promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Assim, garante humanização à assistência (BRASIL, 2006). O Estatuto do Idoso também aborda sobre o atendimento domiciliar, no capítulo em que trata especificamente do papel do SUS na garantia da atenção à saúde do idoso.

Mas, se por um lado as ações previstas estão sendo contempladas, por outro, verifica-se uma maior frequência de realização de atendimentos individuais do que de atendimentos compartilhados, o que contradiz os princípios do apoio matricial para a priorização de atividades coletivas e/ou compartilhada em relação ao atendimento direto e individualizado, o qual deve ocorrer somente em situações extremamente necessárias (CAMPOS, 2007). Evidentemente, a análise meramente descritiva do presente estudo não permite afirmações assertivas acerca da diferença de frequência das ações. Contudo, fica claro que os profissionais percebem menor realização de atividades compartilhadas com as eSF do que entre o próprio NASF, o que reforça discussão já realizada anteriormente. Araújo, 2014 encontrou dados semelhantes, verificando que apesar da diversidade de ações realizadas pelos profissionais do NASF, houve destaque para atendimentos individuais para tratamentos específicos. Esse tipo de atendimento aumenta o risco de fragmentação do cuidado (BRASIL, 2010; CAMPOS, 2007). Isso confirma a dificuldade na efetivação do apoio matricial. E, desta maneira, as ferramentas que se podem resultar do apoio matricial, como a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular, se perdem (ARAÚJO, 2014).

Outros fatores dificultadores do trabalho do NASF, como falta de recursos materiais para realização de suas atividades (tanto individuais quanto coletivas), inadequação dos espaços

físicos para as atividades que desenvolvem e para a população idosa e disponibilidade do carro insuficiente para atender à demanda para visitas certamente influenciam bastante na organização da agenda, escolha dos tipos de atendimento e possivelmente dificultam a realização de atividades compartilhadas. Nesse sentido, Araújo, 2014 encontrou dados semelhantes e discutiu que a fragilidade das unidades básicas é apontada pelo Ministério da Saúde como uma das dificuldades para a mudança das práticas em saúde na Saúde da Família em todo o Brasil. Esforços vêm sendo feitos para o fortalecimento da Atenção Básica e para a formação de redes, visto a divulgação de cadernos de atenção básica e outras orientações do Ministério da Saúde.

Apesar de ser observada uma distribuição equilibrada entre as condutas realizadas, o predomínio de encaminhamento para grupos e acompanhamento com orientações em detrimento de encaminhamento para especialidades e nível secundário de reabilitação demonstra consonância com a PNAB (BRASIL, 2012) e PNSPI (BRASIL, 2006), que preconizam que os usuários devem preferencialmente ser assistidos na atenção básica, seguindo o princípio da territorialidade, e, ainda, com autores que afirmam que 80% dos problemas de saúde são solucionados neste nível de atenção (CAMPOS, 2014). Os resultados corroboram mais uma vez com a PNAB (BRASIL, 2012), no que diz respeito à importância da atuação do NASF para o fortalecimento dos princípios da atenção básica no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006). Com a função de apoiar as equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, o NASF contribui para melhorar a qualidade da assistência prestada no nível da atenção básica (ANJOS, 2013), mas é importante que nunca assuma o papel de outros níveis de atenção (SILVA, 2012). Este é um fator a ser observado, uma vez que a insuficiência dos serviços de saúde especializados pode conduzir o NASF a um funcionamento equivocado (SILVA, 2012). A equipe NASF não pode se transformar em um ambulatório para absorver a demanda para tratamentos individualizados que outros pontos de atenção que por ventura não estejam absorvendo (ARAÚJO, 2014). Especialmente no caso da reabilitação é relevante refletir em que nível de complexidade os casos devem ser acompanhados e por quais profissionais, o que poderia ser favorecido por um acolhimento sistematizado, conforme discute Sampaio, 2013. Bispo-Junior, 2010 discute que a dificuldade de acesso da população aos níveis secundários de atenção ocorre também na fisioterapia, o que acaba por gerar uma demanda de pessoas com limitações físico-funcionais, que vão se agravando. O atendimento a tal demanda no nível primário pode acabar sufocando a possibilidade de desenvolvimento de outras atividades

(BISPO-JÚNIOR, 2010). A reabilitação é uma das áreas estratégicas da Portaria 154, baseado no pressuposto de que, devido ao compromisso com a inclusão social, a reabilitação deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso (princípio da territorialidade) (BRASIL, 2008). Contudo, as ações de reabilitação realizadas na Atenção Básica não podem se confundir com ações realizadas em outros níveis de atenção. A PNSPI, por exemplo, sugere a inclusão de ações de reabilitação na atenção primária, de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional (BRASIL, 2006). Portanto, os usuários devem ser encaminhados para outros níveis de complexidade, sempre que necessário (BRASIL, 2008), muito embora, grande quantidade de usuários com indicação clara para o atendimento na atenção especializada, por dificuldades de deslocamento, necessitam de atendimento domiciliar ou mesmo na Unidade de Saúde. Assim, para cumprimento do seu importante papel no contexto das Redes de Atenção à Saúde, uma das ações do NASF deve ser a de contribuir com a eSF para facilitar que usuários, tenham acesso a rede de forma parcimoniosa, coerente e resolutiva. Além disso, deve auxiliar na coordenação dos casos referenciados a outros serviços.

Desta forma, o fato de apenas 50% dos entrevistados realizarem contato frequente com outros níveis de atenção está em desacordo com esta diretriz da atenção básica, especialmente considerando a saúde do idoso, uma vez que a PNPSI também a reforça em seu texto. Para atenção integral e integrada à saúde do idoso, a política valoriza a integração efetiva da atenção básica e os demais níveis de atenção, incluindo a rede hospitalar e demais especialidades (BRASIL, 2006).

Da mesma maneira, a pobre articulação intersetorial evidenciada pelos profissionais do presente estudo também indica desacordo com a PNSPI, que traz o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção como uma de suas diretrizes (BRASIL, 2006), e ainda, com as diretrizes do NASF, que estimula ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras (BRASIL, 2008). Além disso, por estar vinculado ao território, o NASF deve auxiliar na identificação das potencialidades e vulnerabilidades territoriais, a fim de contribuir na formação de redes de suporte social (BRASIL, 2008). Desse modo, a comunicação entre os níveis de atenção e os setores de serviços públicos mostra-se insuficiente, o que parece ser reforçado por questões já apresentadas como a baixa

articulação entre equipes, o desconhecimento sobre as tecnologias de trabalho e a ausência de um acolhimento sistematizado.

Em relação à eficácia das ações dos fisioterapeutas do NASF para a manutenção / recuperação da capacidade funcional dos idosos, observa-se que de acordo com a percepção dos participantes, estaria numa média de 6,44 (numa escala de 0 a 10). Embora este seja um dado bastante subjetivo e não se tenha encontrado estudos com um dado semelhante para comparação, se for levado em consideração que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica (CAMPOS, 2014), esta média pode ser considerada razoável. Visto que o paradigma de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006), este dado deve ser discutido. A PNSPI traz a preservação da capacidade funcional como finalidade primordial, que deve conduzir a ações - sejam de promoção, prevenção ou reabilitação - de todos os profissionais de saúde. Considerando que intervenções específicas do fisioterapeuta tem grande contribuição na funcionalidade do indivíduo e que, atuando na atenção básica, ele se depara com idosos de diferentes perfis funcionais, é importante que direcione suas ações para estas diferenças, a fim de promover, prevenir ou recuperar a saúde funcional. A percepção de distribuição equilibrada entre ações de promoção, prevenção de agravos e reabilitação dos fisioterapeutas do presente estudo indica que estão sendo capazes de atuar de forma variada para atender as diferentes demandas que recebem. O predomínio de ações para prevenção de agravos é condizente com o nível de atenção que estão atuando, podendo-se inclusive inferir que possivelmente os profissionais não estão sendo solicitados a realizar ações reabilitadoras próprias de outro nível de atenção. Além disso, realizar muitas ações de prevenção de agravos é condizente com a população em questão, uma vez que este grupo sabidamente apresenta alta prevalência de doenças crônicas que podem afetar a funcionalidade (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, a chamada “avaliação funcional” torna-se essencial para decisões sobre tratamentos e cuidados necessários à pessoa idosa (BRASIL, 2006). Na medida em que permite verificar em que nível as doenças e agravos afetam o desempenho das atividades de vida diária, a avaliação funcional possibilita o desenvolvimento de um plano assistencial mais adequado ao indivíduo (BRASIL, 2006), o que certamente contribui para o diálogo de uma equipe multiprofissional. Desta forma e diante do paradigma de saúde do idoso, os profissionais da eSF

poderão discutir com os apoiadores matriciais os encaminhamentos e/ou intervenções mais adequadas para os seus usuários. Em outras palavras, poderão “matriciar” os casos e não apenas, encaminhar. Entretanto, não é o que se observa, uma vez que se verificou que a maior parte dos encaminhamentos é feita com base no diagnóstico clínico e não no diagnóstico funcional. Devido à complexidade inerente à saúde da pessoa idosa, o modelo de atenção biomédico não se mostra eficaz, sendo necessária uma abordagem global, multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2006). Fatores estes que devem ser abordados por uma equipe multiprofissional. Tendo em vista que abordagens preventivas e intervenções precoces são sempre preferíveis a abordagens curativas, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde para detecção precoce do comprometimento da funcionalidade, que pode inclusive auxiliar na descoberta precoce de condições patológicas (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), considera a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde, fatores contextuais e ambientais. Portanto, é um modelo biopsicossocial de atenção, tal como preconizado para atenção ao idoso e possui conceitos muito úteis para a proposta metodológica de inter e transdisciplinaridade do apoio matricial. Em 2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS, Res 452/2012) determinou que a CIF seja utilizada no SUS. Entretanto, observou-se que a maior parte dos participantes deste estudo não a utiliza, embora relatem inclusive possuir formação específica sobre a mesma.

Em se tratando de ações que estimulem a convivência e participação social, não houve questões específicas sobre o tema. Entretanto, é possível refletir acerca disso com a observação que, as atividades coletivas embora estas sejam muito realizadas pelos profissionais, apenas metade dos deles afirmou possuir ou participar de grupos específicos para idosos, o que sugere inclusão dos idosos a atividades com outras faixas etárias. Novamente considerando que a saúde da pessoa idosa se traduz pela sua condição funcional (BRASIL, 2006), é interessante que as ações sejam orientadas por este fator e não por critérios como idade ou presença de doenças, visando sempre a promoção de envelhecimento ativo.

A PNSPI preconiza que é de responsabilidade dos profissionais de saúde informar os usuários idosos sobre os seus direitos (BRASIL, 2006), o que revela importância do conhecimento e transmissão de informações sobre o Estatuto do Idoso aos profissionais que os assistem, e o resultado encontrado no presente estudo foi satisfatório.

Por outro lado, para que as ações propostas pelas políticas públicas voltadas para a pessoa idosa sejam desenvolvidas, cabe aos gestores do SUS garantir a educação permanente aos profissionais (BRASIL, 2006), fato que não foi observado no presente estudo. Considerando o novo paradigma de saúde e as políticas voltadas para perspectivas de integralidade e intersetorialidade, é necessária a incorporação da questão do envelhecimento na agenda de educação permanente do SUS (LOUVISSON, 2009), o que certamente serve como instrumento de multiplicação de conhecimento, inclusive para os usuários.

Para concluir, observa-se que, embora muitas ações em desacordo com diretrizes do MS tenham sido evidenciadas, em geral, o grupo deste estudo demonstrou conhecimento das diretrizes do NASF e aparentemente tentam adequar sua atuação à metodologia proposta, esbarrando com alguns dificultadores. Isso possivelmente tem relação com o fato de serem profissionais experientes na atuação no NASF. Entretanto, do ponto de vista de atenção integral ao idoso, melhora na articulação com as eSF e com a rede de serviços é necessária. Além disso, o uso do modelo de atenção biopsicossocial deve ser utilizado para qualificar o diálogo entre profissionais e as decisões assistenciais.

Louvisson, 2009 sugere que para a organização das RAS baseadas na manutenção e recuperação da capacidade funcional voltada para autonomia e independência da pessoa idosa, deve ser garantida, na Atenção Básica, a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção à pessoa idosa. Já para gerenciamento dos casos, vínculo e avaliação multidimensional são essenciais para estabelecimento de melhores estratégias assistenciais (LOUVISSON, 2009). Portanto o envolvimento de todos os profissionais da Saúde da Família é fundamental tanto para qualificação da atenção ao idoso, quanto para a construção contínua do SUS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de progressiva diminuição das reservas funcionais do indivíduo, o que, em condições de sobrecarga, pode acarretar em uma condição patológica a qual pode cursar, por sua vez, numa incapacidade funcional (BRASIL, 2006). Essa vem sendo uma grande preocupação das políticas de saúde pública, as quais consideram que o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006). No contexto da Saúde da Família, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reorganização das práticas assistenciais no SUS, a atenção à saúde da pessoa idosa deve ser consistir em uma abordagem multidimensional, que considere diversos fatores - biológicos, físicos, psíquicos, sociais, ambientais e funcionais (BRASIL, 2006). Com a proposta de fortalecer a Saúde da Família e ampliar o escopo de suas ações, o NASF tem grande importância na assistência integral ao idoso. Sua metodologia de trabalho - o apoio matricial – ainda apresenta muitos enfrentamentos na prática, por se tratar de uma nova proposta, que exige discussões, reflexões, atuações compartilhadas, as quais rompem com lógica tradicional, fragmentada de atenção. O fisioterapeuta, atuando junto à equipe multiprofissional, seguindo as diretrizes da atenção básica e NASF, contribui de forma significativa para atenção ao idoso na atenção primária, podendo realizar ações variadas, que contribuem para redução de incapacidades.



## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G., BATISTA, L. H.; Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais nos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 10-19, jan./mar 2013.

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S.; Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.

ARAÚJO, R. E. **Análise Exploratória dos indicadores de resultado nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):** a experiência de Belo Horizonte. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-207, set/dez 2011.

BISPO-JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, sup. 1, p. 1627-1636, jun 2010.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.842**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. **Decreto nº 1.948**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei nº 10.741**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1395/GM**. Política de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM**. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n ° 2.528**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n ° 154**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil**, Brasil, n. 59, p.20-31, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, M. A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 3, p. 399-407, fev 2007.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out 2014.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai/jun 2003.

CARVALHO, F. G.; O trabalho da fisioterapia na assistência ao idoso na atenção básica. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 21-34, jul/dez 2013.

CARVALHO, J. A.M., RODRÍGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar 2008.

CUNHA, G. T., CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n.4, p.961-970, 2011 .

FORMIGA, N. F. B., RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia de experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

KALACHE, A., VERAS, R. P., RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, out 2013.

LOUVISSON, M. C. P., BARROS, S.; Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **Bol Inst Saúde**. São Paulo, n. 47, p. 9-15, abril, 2009.

MÂNGIA, W. F., LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Univ. São Paulo**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. i, maio/ago, 2008

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 5, p. 2297-2305, ago 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, C. M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PEREIRA, F.W.A, *et al.* A inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **SANARE**. Sobral, v.5, n. 1, p. 93-100, fev/mar/abr 2004.

SAMPAIO, R. F., FERREIRA, F. R., SOUZA, M. A. P. **Reorientação do modelo assistencial da Rede de Reabilitação SUS Belo Horizonte**: caderno de apoio. 2013. 60 f. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28 n. 11, p.2076-2084, nov 2012.

SILVESTRE, J.A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 839-847, jan/jun 2003.

TRAD, L. A. B., BASTOS, A.C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr/jun 1998.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out/dez 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai/jun 2009.

WILLIG, M. H.; A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 574-577, jul/set 2012.