

FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NASF EM ANÁPOLIS – GOIÁS

PHYSICAL THERAPY AND PRIMARY CARE HEALTH: THE IMPLEMENTATION OF NASFS IN ANÁPOLIS – GOIÁS

Elisângela Schmitt Mendes Moreira¹; Nelson Bezerra Barbosa²

1- Docente dos cursos de Fisioterapia e Medicina do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente.

2- Psicólogo, doutor em Saúde Pública (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), gestor público.

Resumo

Objetivo: O estudo descreve o processo de implantação das equipes do NASF no Município de Anápolis e a inserção do Fisioterapeuta neste processo. **Métodos:** Esta pesquisa é de natureza descritivo-exploratória, com uso de fontes primárias e secundárias que abrangem registros documentais deste processo e entrevista com informantes chaves responsáveis pela decisão e pela coordenação do processo de implantação de equipes de NASF. **Resultados:** Ao realizar o estudo percebeu-se que tem havido um grande esforço das equipes de apoio no sentido de realizar um trabalho de acordo com os princípios e diretrizes do NASF. **Conclusões:** O processo de trabalho, antes realizado com foco na doença, passou a ter uma visão integral do paciente e o fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde, apesar de sua inserção nesses serviços ser um processo em construção.

Abstract

Objective: The study describes the gradual implementation of NASF teams in the region of Anápolis and the introduction of physiotherapists in this process. **Methods:** This research is of a descriptive-explanatory nature with the use of primary and secondary sources, which includes documented reports and interviews with key persons responsible for the decision, and coordination of the implementation process of NASF teams. **Results:** During the study it transpired that has been a great effort from the support teams to execute the job according to NASF principles and guidelines. **Conclusions:** The work procedures, which before were carried out focusing on the disease, now encompass a full overview of the patient. Although the introduction of Physiotherapists in this process is still in development, they are becoming increasingly fundamental within the services of primary health care.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Keyword:

Primary Health Care. Physiotherapy. Family Health Support Centre.

*Correspondência para/ Correspondence to:

lissmoreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atenção Primária em Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.¹

O processo de mudança de organização da atenção primária, no âmbito do Sistema Único de Saúde, se estrutura no final da década de 80, se baseando em duas estratégias: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O PACS, implantado em 1991, foi criado para ajudar na promoção da saúde e prevenção de

Fisioterapia e a atenção primária em saúde

doenças no âmbito domiciliar e nível local, sempre atuando em integração com a comunidade e com enfoque na família e não no indivíduo.^{2,3}

A equipe de uma unidade de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados de acordo com características da organização dos serviços de saúde locais.⁴

O impacto desta na melhoria das condições de saúde de indivíduos e grupos sociais não apenas se confirmaram como ganharam grande repercussão no país, configurando-se assim, em uma das prioridades do Ministério da Saúde como política de qualificação da atenção básica.¹

É sabido que o envelhecimento populacional está se dando de forma rápida e a transição demográfica vem tecendo um quadro que afeta o perfil epidemiológico ocasionando um incremento das doenças crônicas degenerativas que podem evoluir com perda de capacidade funcional, e sem uma adequada intervenção, podem resultar em cuidados caros e de alta complexidade, justificando assim, a importância de profissionais de diversas formações, como fisioterapeutas, nesse processo.^{5,6}

A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa o incremento na oferta de ações e serviços no âmbito da APS.⁸

Este artigo deriva de dissertação de mestrado que teve como tema o processo de implantação dos NASF em Anápolis, enfatizando a inserção do profissional de fisioterapia nesta estrutura. A pergunta de partida para este trabalho foi: *“Como se desenvolveu o processo de implantação das Equipes de NASF no município de Anápolis?”*

O objetivo foi descrever o processo de implantação do NASF em Anápolis, observando a inserção do profissional de Fisioterapia neste processo. A organização do artigo contempla, além desta introdução, o método adotado, bem como os seus resultados, discutidos segundo as

categorias de análise adotadas e descritas abaixo.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza descritivo-exploratória, sobre o processo de implantação das equipes de NASF em Anápolis, com uso de fontes primárias e secundárias que abrangem registros documentais deste processo, e entrevista com informantes-chave responsáveis pela decisão e pela coordenação do processo de implantação das equipes.

As fontes primárias abrangem gestores, coordenadores da APS e técnicos envolvidos na implantação das equipes de NASF, além dos próprios profissionais selecionados para as equipes. Estes responderam a uma entrevista semiestruturada.

As fontes secundárias consultadas foram relacionadas às portarias, notas técnicas, normas e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis que orientam a decisão sobre a constituição, distribuição, atribuições, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes de NASF. O tratamento dos dados foi feito utilizando a análise de conteúdo.

A discussão dos resultados foi feita através das categorias de análise descritas acima que foram utilizadas no projeto, descritas da seguinte forma: 1) caracterização dos serviços de saúde em Anápolis e da oferta de serviços de Fisioterapia na rede de saúde; 2) processo de implantação das equipes do NASF em Anápolis; 3) processos de trabalho desenvolvidos pelo nível central para gerenciamento das atividades do NASF; 4) as práticas e processos de trabalho das equipes de NASF.

RESULTADOS

Caracterização da Rede Municipal de Saúde e da distribuição dos fisioterapeutas:

O município de Anápolis tem uma população de 334.613 habitantes residentes⁹ e se constitui no

município sede da Região de Saúde Pirineus. Integram esta regional os seguintes municípios: Abadiania, Alexânia, Campo Limpo, Gameleira de Goiás, Goianópolis, Terezópolis de Goiás, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Pirenópolis, Padre Bernardo e Mimoso de Goiás. Encontra-se habilitado em Gestão Plena do Sistema com grau de autonomia financeira de unidade orçamentária. Sua população total é de 492.311.⁴

A saúde pública em Anápolis conta com serviços que são referência local e atendem também à população de cidades próximas que necessitam de atendimento especializado.

Nos atendimentos de atenção terciária o município conta com cinco hospitais, abaixo relacionado:

O Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA), também conhecido como Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo, conta com os serviços de sete fisioterapeutas, assim distribuídos: um fisioterapeuta na UTI I, um na UTI II e um na enfermaria e pronto socorro, cumprindo seis horas de trabalho cada um.

O Hospital Evangélico Goiano (HEG) possui sete fisioterapeutas em seu quadro de funcionários, que se dividem nos turnos matutino e vespertino, nas UTI's adulto, infantil, unidade de cuidados intensivos, apartamento e enfermaria.

A Santa Casa de Misericórdia tem um fisioterapeuta contratado para trabalhar na UTI adulto.

O Hospital de Queimaduras conta com os serviços de dois fisioterapeutas: um na UTI e outro no ambulatório.

A Maternidade Adalberto Pereira tem uma fisioterapeuta que dá assistência à Saúde da Mulher (pré-natal, puerpério e disfunções uroginecológicas).

Para realizar os atendimentos de atenção secundária Anápolis conta com o Centro de

Reabilitação de Fisioterapia e Fonoaudiologia de Anápolis (CREFA) onde estão lotados cinco fisioterapeutas em seu quadro de funcionários.

O Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) do Jardim Progresso é uma unidade de pronto atendimento e atende diversas especialidades médicas e realiza os atendimentos em odontologia, posto de coleta de laboratório, raios-X, imunização e dispensação de medicamentos. O CAIS não conta com fisioterapeutas em seu quadro de funcionários.

O Hospital Dia do Idoso tem como função oferecer atendimento especializado e técnico, de forma humanizada, ao idoso, melhorando a qualidade de vida do usuário em suas inúmeras funcionalidades. Realizam atendimentos como grupos de terapia, conscientização quanto à higiene pessoal, trabalho específico para controle de incontinência urinária, conscientização aos cuidadores/familiares, entre outros.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) presta assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho; realiza promoção, proteção, recuperação da saúde dos trabalhadores, por meio de uma equipe multidisciplinar, mas não tem fisioterapeutas em seu quadro.

O Hospital Municipal Jamel Cecílio presta atendimento Hospitalar de Urgência e Ambulatorial e conta com os serviços de dois fisioterapeutas que realizam atendimentos ambulatoriais.

Na atenção básica o município conta com doze unidades básicas de saúde (sem a ESF), trinta e uma unidades com ESF, e essas trinta e uma unidades são assistidas por três NASF compostos por profissionais diversos (conforme tabela 2), onde atuam dois fisioterapeutas fazendo 20 horas (manhã e tarde), como demonstrados na tabela 1.

Fisioterapia e a atenção primária em saúde

O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF).

O processo de implantação das equipes do NASF em Anápolis

Cada NASF é responsável por fazer a cobertura das unidades designadas a ele e em cada unidade existem uma, duas ou mais eSF que também é da competência daquele núcleo assistir.¹¹

A proposta inicial era para formação de cinco núcleos de apoio com estimativa de assistir a uma população de 167.000 habitantes, conforme projeto submetido ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). O panorama de hoje é que existem três núcleos de apoio para dar assistência a uma população de 98.451 habitantes.⁹

Sobre a escolha do espaço físico para implantação o projeto informa que os mesmos foram avaliados pela estrutura física e seus territórios de proximidade, não é citado o perfil epidemiológico, demográfico ou econômico social como parâmetro de escolha das áreas a serem cobertas pelo novo serviço.

Processos de trabalho desenvolvidos pelo nível central para gerenciamento das atividades do NASF

Nesta relação entre gestor, eSF e equipe do NASF tudo deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Os gestores devem estar atentos também a explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; avaliar a capacidade de articulação com as eSF; identificar as possíveis corresponsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto.⁸

A rigor, as equipes do NASF têm dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a eSF. Seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe. Estes indicadores de resultados na população e na equipe devem ser constantemente acompanhados e, se for o caso, reprogramados.

Sabe-se que é um grande desafio organizar e planejar ações interdisciplinares, mas também que é muito importante para o processo de reabilitação.⁸

Os protocolos devem ser dinâmicos, além de avaliados continuamente, constituindo-se em um instrumento para orientar e balizar os diferentes profissionais na realização de suas funções assistenciais, gerenciais e educativas.

O nível central acompanha o trabalho dos profissionais através de programação anual onde é repassado às equipes e serve como diretriz das ações que serão desenvolvidas pelos mesmos.

A prestação de contas dos núcleos à gestão é feita através de um mapa de atendimento ambulatorial, outro de atendimentos em grupo/palestras/reuniões e um de registros de atividades e procedimentos que os núcleos realizam mensalmente nos territórios de sua responsabilidade, através deles a gestão acompanha e avalia o trabalho das equipes.

Processo e práticas de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O NASF deve organizar o seu processo de trabalho, com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as eSF que a ele se vinculam, de forma a priorizar as ações de atendimento compartilhado; intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias e ações

comuns nos territórios de sua responsabilidade.⁸

Uma das diretrizes do NASF é que a equipe trabalhe interdisciplinarmente (interação dinâmica entre saberes) e que promova a educação permanente em saúde, tanto com os profissionais, quanto com a população. Os profissionais tem se esforçado para que essa proposta seja de fato, colocada em prática.

Nessa perspectiva, a integração de profissionais de várias categorias nas eSF permite distintos olhares, ampliando as possibilidades inovadoras das práticas do cuidado e aumentando o potencial de resolubilidade, com qualidade e sem descaracterizar a proposta original.

É muito importante que os gestores, equipes de SF e do NASF pactuem metas as quais devem abranger a definição de objetivos a serem alcançados, problemas prioritários a serem abordados, critérios de encaminhamento de casos, critérios de avaliação dos trabalhos, e formas de gerenciamento resolutivo de conflitos.⁸

A partir dessas interações, entre NASF, nível central e eSF é que irão se construir e orientar as práticas diárias dos processos de trabalho do fisioterapeuta. Tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção.

O trabalho do fisioterapeuta se constitui através da demanda que chega à unidade de saúde e encaminhado após triagem pelos profissionais das eSF.

A intervenção do NASF pode ser realizada no domicílio ou na USF, dependendo da necessidade do paciente. Após ser atendido pelos profissionais do NASF há discussão de casos clínicos, de modo informal, sem a construção do projeto terapêutico singular em conjunto.

As equipes realizam reuniões mensais para avaliação e reavaliação dos casos atendidos, momento em que se discute a evolução dos pacientes e onde se fazem as devidas correções e/ou alterações dos rumos tomados, além de promover integração entre NASF e eSF.

A partir das consultas em fontes primárias e entrevistas realizadas constatamos que os núcleos estão se organizando de acordo com a demanda que a população traz para realidade da unidade de saúde, não existem momentos específicos para discussão entre eSF e NASF e o fluxo interno de trabalho é determinado pelo que a eSF encontra e determina como prioridade para aquele momento.

Uma estratégia usada pelas equipes é a formação dos grupos de atendimentos. Os profissionais podem contribuir em processos educativos para modificar essa realidade, por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, e utilizar essas práticas de educação em saúde como espaço para abordagem interdisciplinar, tornando as atividades mais criativas e participativas.⁸

Os núcleos, com a participação direta dos ACS, identificam as patologias que mais acometem a população daquele território e montam um grupo para atendimento destes pacientes.

Percebemos que os núcleos tem buscado praticar a integralidade em seus atendimentos. Segundo esta diretriz a abordagem do indivíduo deve ser integral, levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural a fim de promover o atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar e responsabilidades mútuas.

As atividades realizadas pelo fisioterapeuta no NASF incluem atendimento individual, na residência onde observa-se a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações para então realizar os

Fisioterapia e a atenção primária em saúde

encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso.⁸

Os atendimentos também podem ser realizados na unidade de saúde, com foco na prevenção e promoção da saúde, oferecendo apoio, orientação e aconselhamento junto ao paciente e família/cuidadores.

Inclui também ações educativas na comunidade em conjunto as eSF, visitas domiciliares compartilhadas e capacitações. Os fisioterapeutas propõem várias ações formando grupos de educação em saúde (gestantes, coluna, hipertensão, diabetes, entre outras) voltada para o perfil apresentados nos territórios e realizam essas atividades em conjunto com outros profissionais, corroborando assim com o que preconiza a diretriz do NASF.

DISCUSSÃO

O profissional fisioterapeuta no CAIS seria de grande importância, uma vez que sua atuação é cientificamente eficaz no combate a várias patologias que são diagnosticadas por especialistas que realizam atendimento nesta unidade.

O Hospital Dia do Idoso não conta com fisioterapeutas em seu quadro e sua atuação seria de grande valia na assistência aos idosos, garantindo a eles os direitos previstos na Política Nacional do Idoso.

Dentro do CEREST o fisioterapeuta poderia atuar no diagnóstico de fatores de risco e agravos à saúde relacionados com o trabalho, e elaborar estratégias passíveis de prevenção ou na promoção da saúde do trabalhador, com mudanças nos ambientes de trabalho.

Na APS em nosso município, podemos observar que a maioria dos fisioterapeutas (vinte) estão lotados em postos de trabalho dentro dos hospitais, enquanto a atenção básica conta somente com seis fisioterapeutas, dos trinta e um que atuam na rede de saúde de Anápolis, ou

seja, inserir-se na atenção básica significa romper com a lógica exclusiva do atendimento individual, da hipervalorização da doença, com a forte tendência de desenvolver práticas isoladas distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade.

Tem-se tentado reorganizar a prática da atenção primária à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

É necessária uma mudança de paradigma no que diz respeito à distribuição dos fisioterapeutas na rede de saúde em nosso município. Se a proposta da ESF é levar a saúde para mais perto da população, ainda tem muito a caminhar, pois o estudo mostra que a assistência fisioterapêutica ainda é predominante em serviços de alta e média densidade tecnológica.

Sobre a contratação e escolha dos profissionais no processo de implantação dos núcleos, nem os entrevistados nem o projeto contemplam qual perfil e qualificações dos mesmos, quando, o ideal é que os profissionais devam conhecer o território e estar integrado às atividades UBS, participando do planejamento e organização dos serviços, além de promover a articulação com a comunidade e resolubilidade dos problemas de saúde.

Em nosso município a capacitação introdutória foi realizada logo após os profissionais estarem atuando nos territórios, assim a integração entre profissionais da equipe de NASF e eSF acabou não atingindo o objetivo neste primeiro momento.

Em agosto de 2009 as equipes iniciaram seus trabalhos, aproximadamente 8 anos após a implantação da ESF no município, com uma equipe básica de médico, enfermeiro, auxiliar

de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Analisando a proposta inicial, demonstrado na tabela 3 e o que está implantado podemos observar que com dois núcleos a menos, os profissionais precisam dar cobertura a quatro equipes de Saúde da Família a mais. Levando em consideração que cada eSF deve dar assistência a 4.000 habitantes, os três núcleos implantados precisam cobrir 16.000 habitantes a mais com duas equipes de NASF a menos.

Sobre a demanda de serviços e a cobertura que os NASF conseguem prover à população do território de abrangência de sua responsabilidade, podemos observar que há falta de profissionais para atender com qualidade todos os que necessitam de assistência.

Mesmo cobrindo as lacunas apresentadas nos núcleos, há ciência, por parte da gestão, de que existe a necessidade de mais equipes para suprirem a demanda com qualidade.¹¹

O projeto de implantação submetido à apreciação do CMS do município apresenta, além dos NASF implantados hoje, dois núcleos a mais, os quais dariam cobertura a mais quatorze bairros e teriam mais dezoito eSF. Estes dariam assistência a 67.000 pessoas.

Se considerarmos os dados sobre crescimento populacional de 16%, a população assistida hoje seria de aproximadamente 195.720 habitantes. Alguns bairros que estavam sobre cobertura de atendimento destas equipes foram incorporados às equipes atuais.⁹

Na proposta inicial o NASF1 daria assistência a nove unidades e nove eSF. Hoje, a unidade cobre treze unidades, que com o apoio de dezesseis eSF, cobrem uma população estimada em 32.694 habitantes.⁹

O NASF2 daria assistência a nove unidades dando cobertura de atendimento a 31.000

habitantes. Hoje, a unidade cobre as dez unidades e dezesseis eSF.

Para o NASF3 era proposto que assistisse a oito unidades. Hoje cobre oito unidades e dezesseis eSF.

A efetividade da ação do NASF na qualificação da assistência exige, portanto, um exercício de compromisso e corresponsabilidade por parte de todos os atores envolvidos, faz com que os profissionais de saúde repensem suas práticas, revendo paradigmas do processo saúde/doença, devendo atuar de modo mais complexo e dinâmico.

É perceptível que as equipes de NASF necessitam de um melhor acompanhamento dos seus trabalhos, de materiais de consumo para desenvolvimento das suas ações, de uma troca de conhecimentos, a gestão precisa facilitar o trabalho das equipes nunca perdendo a centralidade, que neste caso, é o paciente.

A partir da leitura dos documentos relacionados à implantação dos NASF e dos relatos dos profissionais que integram as três equipes concluímos que a gestão não conseguiu traduzir de maneira concreta o processo de trabalho entre as equipes de NASF e eSF, a proposta é reducionista e pouco detalhada necessitando de aprimoramento e mais troca entre os envolvidos.

Muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta tem o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária. Esse posicionamento está diretamente relacionado ao que explicita a Resolução COFITTO nº 80/87: “Por sua formação acadêmico-profissional, pode o fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis da assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas”.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a descrever o processo de implantação dos NASF em Anápolis, observando o trabalho da fisioterapia na AP, por meio destes núcleos. Percebe-se no que diz respeito à implantação dos NASF em Anápolis é de que ele ainda está em incipiente processo de desenvolvimento, precisando avançar no que diz respeito à cobertura destes serviços, bem como ao fortalecimento desta rede de cuidados qualificando a assistência e dando melhores condições de trabalho aos profissionais.

Em contrapartida observamos também que a gestão do município precisa estar atenta a essas mudanças e necessidades vindas das equipes, tanto das eSF, quanto da equipe do NASF, que parecem estar desenvolvendo seu trabalho sem uma diretriz para o cuidado que seja compatível com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e avaliados.

O que podemos perceber é que as próprias equipes determinam suas prioridades, a partir do que o território traz como necessidade. Não existem estudos, por parte da gestão, que direcionem o trabalho das equipes, comprometendo assim, uma avaliação da efetividade da assistência, considerando os elementos que, a nosso ver, estruturam o cuidado (risco/necessidade; organização do cuidado e responsabilização das equipes).

Os principais conflitos vivenciados pelos fisioterapeutas no ingresso na ESF relacionaram-se à parte estrutural e falta de entendimento sobre a nova proposta de trabalho. Observou-se que a mudança de ambiente de trabalho, representada pelo abandono da clínica ou consultório em favor do ambiente domiciliar, foi um fator a mais de adaptação, que continua em constante estruturação por parte dos profissionais que compõem a equipe de NASF.

Como a atuação do fisioterapeuta é ainda muito recente em nosso município, estudos que

estimulem a discussões acerca da prática do fisioterapeuta dentro de uma equipe multidisciplinar que apoia o trabalho das eSF, surgem algumas questões: Quais as melhorias nos níveis de saúde da população com a atuação do fisioterapeuta no NASF? O que tem sido pensado em relação à capacitação e melhoria do processo de trabalho para os profissionais do NASF? Que novas demandas em relação às equipes de NASF podem ser mapeadas? Algumas questões foram pensadas em nosso trabalho, mas outros surgirão com a reflexão da própria prática.

Declaração de conflito de interesses

Não possui conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2006.
2. Ávila, MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):349-360, 2011.
3. Azoury, EB. Curso Básico em Saúde da Família: A Construção de um Projeto Local para Requalificação Profissional no Espírito Santo. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP): Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.
4. Brasil. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>, 2012. Acesso em 15 de julho de 2013.
5. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Ver. De Saúde Pública*, 31(2):184-200, 1997.
6. Netto, PM. Tratado de Gerontologia. 2ª Ed. São Paulo, Atheneu. 2007. 940 p.

7. Boareto, PP. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2011.
8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010.
10. Freitas, MS. A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. Tese. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2006.
11. Grabois, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em 17/06/2012.
12. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Resolução no 80, (09 de maio,1987).
13. WHO-World Health Organization. Study Group on Integration on Health Care Delivery. Report. Geneva; 1978.