

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

Adão de Medeiros, Paulo; Foletto Pivetta, Hedioneia Maria; da Silva Mayer, Margarida

CONTRIBUIÇÕES DA VISITA DOMICILIAR NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 10, núm. 3, novembro, 2012, pp. 407-426

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756996004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

CONTRIBUIÇÕES DA VISITA DOMICILIAR NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA

CONTRIBUTIONS OF DOMICILIARY VISITS TO TRAINING IN PHYSIOTHERAPY

Paulo Adão de Medeiros¹

Hedioneia Maria Foletto Pivetta²

Margarida da Silva Mayer³

Resumo A visita domiciliar, além de ser uma ferramenta de trabalho para o cuidado das pessoas, pode ser utilizada como estratégia de ensino na área da saúde. Desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa com oito estagiários de fisioterapia que realizaram visitas domiciliares em uma unidade da Estratégia Saúde da Família com o objetivo de compreender os significados atribuídos a essa atividade de cuidado em saúde no processo de aprendizagem. Utilizou-se a técnica do grupo focal, que foi gravado e transcrito para posterior análise e interpretação dos dados por meio da análise temática, a qual originou três eixos orientadores: a vivência da visita domiciliar em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta; a atenção básica e a visita domiciliar na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico; e a resignificação da visita domiciliar na construção do aprendizado. Conclui-se que a visita domiciliar torna-se uma ferramenta pedagógica importante na aprendizagem dos acadêmicos de fisioterapia, porém precisa estar associada a outras atividades na rede de cuidados, tais como desenvolvimento de atividades grupais, participação em campanhas e mutirões da saúde, conselho local de saúde, entre outras, para efetivamente trazer mudanças aos modelos de formação e de atenção à saúde.

Palavras-chave visita domiciliar; aprendizagem; fisioterapia; atenção primária à saúde.

Abstract In addition to being a working tool to provide care to people, domiciliary visits can also be used as a teaching strategy in the health area. An exploratory, descriptive, and qualitative study was carried out among eight physiotherapy interns making domiciliary visits at a Family Health Strategy unit and aimed to understand the meanings attributed to this type of health care activity in their learning process. The study used the focal group technique, which was recorded and transcribed for further data analysis and interpretation by means of a thematic analysis, which gave rise to three guiding themes: The experience of the domiciliary visits in primary care and the reorientation of the vocational training of the physical therapist; basic care and domiciliary visits in terms of the humanization of the physical therapy activity; and the reinterpretation of domiciliary visits in building learning. It is concluded that domiciliary visits are an important educational tool in the physiotherapy students' learning process; however, to effectively bring change to the training and health care models, it must be combined with other activities in the care network, such as group activities, participation in campaigns and joint efforts in health and in the local health board, among others.

Keywords domiciliary visit; learning; physiotherapy; primary health care.

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (Silva Júnior e Alves, 2007).

Buscando novas formas de enfrentar os problemas de saúde da população, o Ministério da Saúde vem trabalhando na reestruturação da atenção primária por meio de várias portarias, como a n. 648/2006, atualmente substituída pela portaria n. 2.488/2011, a qual instituiu o programa, que logo passou a se denominar Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral, igualitária e equânime. A atenção em saúde é oferecida na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, tendo suas ações programadas conforme o levantamento epidemiológico de cada região que surge com base no cadastramento das famílias em áreas de abrangência (Brasil, 2007, 2011).

O fisioterapeuta não é um profissional que integra a equipe mínima da ESF, mas ultimamente vem conquistando seu espaço, podendo integrar uma equipe multiprofissional de apoio conforme as demandas locais dos municípios. Essa inserção é um processo em construção, associado à mudança de paradigma da profissão e à necessidade de ampliar e fortalecer o escopo de ações da atenção básica (Ragasson et al., 2006; Trelha et al., 2007).

Desde a origem do Sistema Único de Saúde (SUS) já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção, principalmente na formação de recursos humanos no que diz respeito à qualificação da força de trabalho (Motta, Buss e Nunes, 2001).

Com isso, torna-se necessário refletir sobre os modelos de formação a que estão condicionados os profissionais da área e sobre os instrumentos de que estes dispõem em suas práticas de ensino-aprendizagem para que venham a desenvolver as competências necessárias às demandas atuais da população e do próprio sistema. Pois não se trata de formar pessoal apenas competente tecnicamente, mas que tenha vivência e tenha refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na atenção à saúde. Dessa maneira, o Ministério da Educação propõe adequações nos currículos das instituições formadoras incluindo prioridade para ações na atenção básica (Silva e Da Ros, 2007).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996) tem preconizado o debate sobre competências profissionais que

corresponderiam a um conjunto de experiências concretas focadas em atividades que se realizam nos contextos ou situações reais do trabalho (...) essa formação privilegiaria a aprendizagem em ritmo individual, gradual e o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação (Ramos, 2001, p. 82).

A aprendizagem é um processo complexo que requer o estabelecimento de conexões e relações entre novas informações e o que já se sabia. Não pode ser entendida como um processo eminentemente solitário e isolado, mas construída com base na interação com as pessoas no seu contexto de vida. Pressupõe a apropriação de conhecimentos e habilidades que são internalizados pelo próprio sujeito que é capaz de compreender, reconstruir e transformar o que foi experienciado em novos pensamentos e atitudes (Vygotsky, 1995; Zabala, 2004; Isaia, 2008).

Nesse caminho, tomando como exemplo a formação do profissional de fisioterapia, ainda se percebe uma educação focada na fragmentação do conhecimento e do ser humano, fruto do modelo hegemônico cartesiano na educação. Assim, o futuro profissional tem dificuldade de realizar uma abordagem integral efetiva, bem como de se inserir em práticas de promoção de saúde, mantendo a profissão voltada numa perspectiva reabilitadora e tecnicista (Silva, 2003).

Em contrapartida, sabe-se que atualmente um dos méritos da educação está na busca por métodos inovadores que evidenciem uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora que ultrapasse os limites do treinamento puramente técnico para, efetivamente, alcançar a formação do homem como um ser histórico-cultural calcado na dialética da ação-reflexão-ação (Mitre et al., 2008).

A visita domiciliar (VD) se caracteriza como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação, podendo ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento (Lopes, Saupe e Massaroli, 2008). Assim, é utilizada pelas equipes de saúde para viabilizar o cuidado das pessoas com algum nível de dependência física ou emocional e com dificuldades de sair do seu domicílio (Brasil, 2003).

Vários estudos defendem a inserção da fisioterapia na atenção básica, principalmente na ESF, alguns inclusive trazendo experiências positivas e demonstrando os tipos de trabalhos desenvolvidos por esse profissional com relação às diversas demandas da comunidade. Afirmam que a presença do fisioterapeuta obedece aos princípios do atual modelo de saúde, tendo em vista que oferece subsídios para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e, conseqüentemente, promove a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, a VD aparece como uma atividade imprescindível para o fisioterapeuta que atua na atenção primária, como um meio de promover acesso aos usuários e desenvolver os encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (Ragasson et al., 2006; Freitas, 2006; Brasil et al., 2005; Baraúna et al., 2008; Rezende et al., 2009; Portes et al., 2011).

Desse modo, têm sido priorizadas discussões que abordam as questões relativas à prestação de serviço, em detrimento de estudos englobando o

ensino viabilizado por meio das práticas realizadas na ESF, em especial pela VD – porque, além de se constituir em ferramenta de trabalho para as equipes de saúde, a realização da VD pode ser tomada como uma estratégia de ensino.

Assim evidenciado, entende-se que a interface ensino-serviço é indissociável e que são escassos os estudos que buscam entender como a VD tem sido capaz de promover aprendizagens aos acadêmicos de fisioterapia. Portanto, essa pesquisa teve o intuito de compreender os significados atribuídos à visita domiciliar no processo de aprendizagem de acadêmicos de fisioterapia que atuaram em uma comunidade assistida pela ESF em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul.

Caminhos percorridos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2006, p. 22), “considera a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e tendo as estruturas sociais como construções humanas significativas”. O cenário foi a atenção fisioterapêutica domiciliar no âmbito de abrangência de uma equipe da ESF em Santa Maria (RS).

Os sujeitos da pesquisa foram oito acadêmicos estagiários de fisioterapia de uma instituição de ensino superior (IES) da cidade, sendo a escolha realizada de forma aleatória entre os formandos que já tinham realizado estágio final na atenção básica até o momento da pesquisa. Como critérios de exclusão, elencaram-se alunos que não realizaram atendimento domiciliar junto à ESF selecionada e que não cursaram o sétimo ou o oitavo semestre do respectivo curso até o momento da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio do grupo focal, o qual é considerado uma técnica utilizada para conhecer atitudes, percepções e comportamentos relativos a determinados fatos. Consiste em encontro grupal informal de pessoas que representam os sujeitos do estudo para discutir vários tópicos de um assunto específico, o que permite socializar e identificar opiniões, sentimentos e formas de entender a realidade por parte das pessoas nela envolvida (Romero, 2000).

O grupo focal ocorreu nas dependências da instituição de ensino, no qual os participantes seguiram um roteiro de oito questões abertas que nortearam a discussão sobre o processo de aprendizagem obtido durante as vivências na atenção domiciliar: sentimentos na realização da visita; pontos positivos; pontos negativos; tecnologias utilizadas; capacidades exigidas; relação fisioterapeuta-usuário; relação entre a visita domiciliar e outros locais de estágio; e elementos considerados relevantes para os participantes,

que não foram contemplados anteriormente, ampliando os limites das questões predeterminadas.

O encontro foi gravado em fita VHS e todas as narrativas foram transcritas fielmente pelos pesquisadores, sendo que a interpretação dos resultados seguiu as orientações de Bauer e Gaskell (2004) por meio do método de análise temática, na qual se fez a redução gradual do texto qualitativo. Esse procedimento iniciou-se com a transcrição das entrevistas seguida da desmontagem dos textos (unitarização), passando-se da transcrição para a redução em parágrafos e posteriormente palavras-chave. Logo em seguida, a reunião em categorias e, posteriormente, em um sistema coerente de categorização geral. Assim, com base na análise dos conteúdos discursivos, elencaram-se três eixos orientadores que permitiram fazer inferências sobre o aprender no contexto da VD, sendo denominados: a vivência da visita domiciliar em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta; a atenção básica e a visita domiciliar na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico; a resignificação da visita domiciliar na construção do aprendizado.

Quanto aos aspectos éticos, foram consideradas as diretrizes para pesquisa com seres humanos apontadas pela resolução n. 196/96 (Brasil, 2002a), sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da IES responsável. Cada sujeito foi previamente informado sobre os objetivos da pesquisa, a garantia de sigilo e a resposta a dúvidas, concordando com sua participação por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Em virtude da garantia de sigilo, os participantes serão referenciados pela terminologia ‘estagiário’ acrescido de letras do alfabeto brasileiro.

Resultados e discussão

O primeiro eixo temático, denominado “A vivência da visita domiciliar em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta”, surge na medida em que os estagiários identificam a inserção na atenção básica e, especialmente, a VD como uma ferramenta para a reflexão e a transformação do pensar e fazer em saúde, o que permite inferir uma nova perspectiva na reorientação da formação profissional.

O segundo eixo temático, “A atenção básica e a visita domiciliar na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico”, envolve a relação de acolhimento e vínculo entre terapeuta e usuário na corresponsabilização de ambos no processo saúde-doença da comunidade. Isso engloba o empoderamento de ambos no trabalho em saúde em prol da defesa da vida.

O terceiro eixo temático que orienta a interpretação e a discussão do texto é “A resignificação da visita domiciliar na construção do aprendizado”,

que acende a discussão para a desconstrução de conceitos relativos à presença na atenção básica e à reavaliação da VD como ferramenta importante para construção da aprendizagem em serviço.

Para tanto, serão utilizados excertos das narrativas dos estagiários no intuito de tornar explícita a classificação de acordo com os eixos temáticos. Elucida-se que foram preservados no registro escrito os equívocos de concordância do falar coloquial regional.

A vivência da visita domiciliar em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta

Na atenção básica, o fazer fisioterapêutico precisa, necessariamente, transcender os aparatos tecnológicos até então vivenciados para agregar novos valores e ampliar a visão do estagiário sobre a profissão e o conceito de saúde.

Fujisawa e Garanhani (2001) propõem que a competência do fisioterapeuta precisa ir além da técnica, estando sensível às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias, pois a formação de nível superior não pode separar as questões técnicas dos princípios éticos e humanizadores, assumindo também o compromisso da formação de verdadeiros cidadãos comprometidos com a realidade social.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em fisioterapia dispõem sobre a formação de um novo perfil de profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde e proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia (Brasil, 2002b).

Porém, o que ainda impera na maioria dos cursos da área da saúde, incluindo a fisioterapia, é um modelo biologicista, voltado à doença e ao tratamento, sendo insuficiente para atender às exigências do novo momento sanitário. O modelo pedagógico de ensino ainda é multidisciplinar, com especialidades e procedimentos isolados que separam os conhecimentos e concentram as oportunidades de aprendizagem no hospital universitário. Assim, graduam-se profissionais que não conseguem lidar com a subjetividade das pessoas e com questões complexas do cotidiano dos serviços de saúde (Brasil, 2002b; Moraes e Lopes, 2010).

Acrescentam Galvan e Trelha (2000), ao analisarem o ensino em fisioterapia no Brasil, que há uma valorização do individual, da especialidade e da utilização de métodos e técnicas sofisticadas, sendo que a solução dos problemas de saúde encontra-se ligada aos recursos e não às situações de vida. As atividades práticas e os estágios profissionalizantes são predominantemente clínicos e restritos aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Em oposição a essa lógica, surgem as metodologias ativas de ensino e aprendizagem que buscam a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade. Com um currículo orientado na problematização, o discente tem contato com informações e situações que o motivam a refletir e ressignificar descobertas, promovendo o seu próprio desenvolvimento por meio da autonomia para tomada de decisões (Cyrino e Toralles-Pereira, 2004). Assim, tornam-se capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidades como ilustrado no depoimento que segue:

O PSF te auxilia a ter uma visão diferenciada na intervenção desde uma anamnese, evolução, de estar compreendendo o contexto e aí sim a gente pensa sobre o conceito ampliado de saúde em relação ao biopsicossocial. Lá tu vê a parte biológica, a parte psicológica, social e ecológica. Ali te dá o conceito de uma dimensão que tu deve ter de um contexto em qualquer nível de atenção (Estagiário C).

Assim, pode-se perceber que a prática na ESF auxilia o estudante a entender a saúde de forma ampliada, como declarado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que passa a entendê-la como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso ao serviço de saúde” (Brasil, 1987, p. 4).

Nessa mesma perspectiva, Scliar (2007) acrescenta que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, tornando-se um processo multidimensional no qual interagem sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais. Essa compreensão modifica a função do profissional da saúde, que já não serve só para curar enfermidades, e sim para cuidar da saúde, tendo em conta a pessoa doente em seu contexto de vida (Brasil, 2003).

Baseado nesse entendimento, o acadêmico, como profissional da saúde em formação, pode levar para outros níveis de atenção os aprendizados ora despertados nessa prática de ensino, como se percebe na fala a seguir:

Saindo do PSF e indo pra outro nível de atenção, tu tem uma visão muito mais ampla, tu dá muito mais autonomia para o paciente, tu não deixa ele só fixo no aparelho, tu começa a improvisar, daí já vem a ideia de dizer pro paciente na tua casa: tu pode fazer isso, sabe? Porque tu lembrou o que tu fazia nas casas na comunidade, eu acho que o estágio no PSF abre a tua visão nos outros níveis (Estagiário G).

Ao ampliar a visão do estagiário, a prática em atenção básica permite a reconstrução de ideias que, ao serem internalizadas, passam a estar disponíveis em qualquer outra situação que se faça necessário. Assim, Demo (2004) enfatiza que o ato de aprender deve ser um processo reconstrutivo

que permite o estabelecimento de diferentes ressignificações que estarão disponíveis ao sujeito para a utilização em diferentes situações.

Também Brasil et al. (2005) afirmam que o profissional de fisioterapia tem possibilidades para trabalhar com a tecnologia principalmente humana, aliada à criatividade de desenvolver ações eficientes e efetivas. Ao encontro disso, percebemos no exposto a seguir que, após a realização das visitas domiciliares, o estagiário sente-se preparado para trabalhar em outros níveis, uma vez que deve ter descoberto em si esse tipo de potencial:

E assim tu sai preparada para trabalhar em qualquer lugar. Não vou dizer em lugares de alta complexidade (...), mas com essa criatividade da base das visitas (...) tu sabe que os exercícios funcionam muito bem, então tu tem uma bola na clínica, mas em casa tu vai dar um jeito de orientar essa pessoa, então eu acho isso importante, porque eu me sinto preparada para sair da faculdade e trabalhar em qualquer clínica e saber dar autonomia para essa pessoa (Estagiário A).

Nas narrativas, percebe-se a importância dada à autonomia que, segundo Soares e Camargo Jr. (2007), faz parte da essência do ser humano e, portanto, é uma pré-condição para a saúde e para a cidadania. É também um valor que implica a busca da democratização das relações e saberes entre profissionais e pacientes, do reconhecimento, do respeito e valorização das diversidades e singularidades. Traz maior responsabilidade e participação dos cidadãos, o que exige profundas transformações das relações de poder na educação e na cultura.

O estudante é levado a perceber que suas ações somente serão resolutivas ao se tornar um promotor de sujeitos autônomos, pois as relações de poder na atenção básica com a submissão do sujeito doente e o poder do profissional são infinitamente menores, visto que a condução do tratamento depende do próprio usuário (Cunha, 2004).

Ferreira et al. (2005) destacaram que a presença na residência alcança conhecimentos mais fidedignos do cotidiano familiar, o que torna a intervenção fisioterapêutica mais eficaz e mais específica.

Com isso, entendem-se a VD e a aproximação ao ambiente onde vivem as pessoas como um instrumento que facilita uma visão mais fidedigna da realidade. Torna-se possível aprender que o ser humano é formado de múltiplas dimensões e não somente reduzindo-se à parte biológica ou fragmentando-se em partes, como geralmente acontece em níveis mais especializados de atenção. Segundo Cunha e Cunha (1997), o cuidado do ser humano deve ser integral, usando-se para esse fim todos os níveis de atenção e tecnologias necessárias. Para tanto, deve-se abordar o homem como um ser não meramente biológico, mas também portador de necessidades psicológicas e sociais, integrando-se assim os diversos aspectos humanos. Portanto, a dimensão

do cuidado do homem não mais se limita à assistência biológica, expandindo-se ao ambiente em que ele vive.

Um estudo com acadêmicos de medicina mostrou que a grande maioria dos que realizaram práticas em atenção básica em VD consideraram benéfico conhecer a realidade da população visitada, percebendo as diferenças da sua própria realidade ou daquela percebida por eles no consultório. Assim, julgaram-se mais sensibilizados quanto às necessidades e dificuldades da população, o que facilitou a compreensão do estilo de vida dos usuários e melhorou a relação médico-paciente (Onselen e D'Elia, 2006).

Desse modo, a VD como promotora de experiências com as pessoas e com o mundo a sua volta traz para o acadêmico a oportunidade de desenvolver uma visão ampla da saúde, pois segundo Freire (1996) a educação é uma tarefa de troca entre as pessoas, e o conhecimento acontece por meio da interação entre o sujeito e o mundo, como percebe-se a seguir:

Eu acho que é mais um grande aprendizado pra ti ir na casa das pessoas do que tu ir ensinar ou transmitir alguma coisa, sejam exercícios ou prevenção ou promoção da saúde; pra gente é um grande aprendizado e, porque tu tá dentro da casa da pessoa, vê a realidade (...) às vezes uma hora, uma manhã, duas vezes por semana, é muito mais do que tu tá numa clínica e o paciente ir até ti (Estagiário H).

Da mesma forma, supõe-se que a aprendizagem torna-se fruto da troca de saberes e do compartilhamento entre os acadêmicos e usuários, pois segundo Freire (1987) o ato de aprender não se faz no isolamento e deve constituir-se em um conjunto de atividades articuladas entre diferentes atores que compartilham responsabilidades e comprometimentos. Para isso, é necessário superar a educação bancária e assumir uma educação libertadora que se configura numa prática política, reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão do mundo, como se percebe a seguir:

É uma grande aprendizagem com as culturas diferentes e as histórias de vida. Cada caso impressionante que a gente vai e aprende (...) Tantas coisas que é da própria cultura e a gente não sabe, e que eles sabem em função dessa experiência de vida e de histórias que já passaram e que ensinam para nós bem mais do que nós para eles (Estagiário C).

Quando se adentra em uma comunidade, é possível colocar-se em comunicação com outras culturas, e isso pressupõe a produção de significados para cada grupo social. Conforme Oliveira (2002), a relação que a comunidade estabelece com os seus serviços de saúde é complexa, pois envolve aspectos culturais para ambos os lados e se torna uma dinâmica de interação e negociação entre os pacientes e seus agentes de cura. Acredita-se que, nesse

contato e nesse processo de ouvir, conhecer e se adaptar, o profissional tenha oportunidade de ensinar e aprender, pois como nos mostra Freire (1996, p. 25), “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Esse processo de ensino-aprendizagem parece que vai além dos conhecimentos acadêmicos e alcança a vida dos estagiários, como está exposto a seguir:

É muito gratificante entrar dentro da casa de uma pessoa porque tu sai de lá com uma outra visão para a vida. Não é nem para a área, para os colegas, para os professores, é para a vida, a partir do portão da universidade, para o que está lá fora nos esperando (Estagiário A).

Como visto, o ensinar e o aprender tornam-se um processo dialético inerente às relações humanas, e a prática na VD se mostra como um instrumento em que o conhecimento toma significado para os acadêmicos de fisioterapia, pois segundo Alves (2003) a atividade desenvolvida com o propósito de ensinar deve ser apreciada por aqueles que dela participam. Assim, a VD tomada como possibilidade de aprendizado vem ao encontro da reorientação da formação profissional do fisioterapeuta porque, de acordo com Cyrino (2005),

esta prática permite que o estudante, partindo de sua experiência de vida, de sua identidade cultural e da interação com os outros, possa tomar consciência do ambiente, da sociedade, percebendo-se como cidadão responsável pela transformação da realidade e como profissional comprometido com a saúde e a qualidade de vida de pessoas e comunidades (Cyrino, 2005, p. 35).

A atenção básica e a visita domiciliar na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico

Para Campos (2005), a desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano que reduz as pessoas em objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública. Já a humanização representa uma mudança nas estruturas dos serviços e na forma de trabalhar, enfatizando valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso. A esse encontro, percebe-se que o processo de trabalho vivenciado durante a VD exige um contato humano tão intenso entre usuários e estagiários que possibilita uma postura diferenciada que pode transcender outros níveis de atenção, porque, depois de internalizada, faz parte do ser profissional:

(...) eu criei aquele vínculo lá nas visitas domiciliares, aprendi a conversar e me entregar para as pessoas e eu cheguei no hospital e as pessoas morriam, e eu criava aquela amizade com a pessoa e com a família. Então é cruel, por um lado, mas é bom que tu é amigo, porém tu sabe que aquela pessoa está em fase terminal e tu não quer deixar que ela vá. Mas aí uma coisa que me tranquilizou foi que a professora disse que talvez eu fosse a única que estava ali segurando a mão daquela pessoa para dizer tchau. E aquilo bateu, sabe? Então eu tive realmente algum papel naquela hora e realmente foi isso que aconteceu, da pessoa estar ali sozinha e tu do lado, cochichar no ouvido: 'descansa, meu amigo!' (Estagiário A).

Assim, entende-se que a VD e esse contato direto com o que é humano tendem a gerar um processo de humanização que pode tornar-se dialético, em momentos dolorosos, pelo apego gerado com o paciente, e noutros prazerosos, pela sensação de estar fazendo a diferença em algumas situações.

Nesse sentido, acredita-se que a proximidade com a vida real e com os usuários facilite aos estudantes uma conduta que leva em conta a dimensão humana, transcendendo o aspecto físico e clínico do saber-fazer profissional encontrado na clínica ou no hospital. Assim, eles entendem que os usuários, como eles próprios, têm desejos, expectativas e sentimentos que precisam ser considerados.

Porém, esse 'despertar' que pode ser propiciado pelas visitas domiciliares precisa ser mais trabalhado para se efetivar como um verdadeiro processo de humanização, uma vez que vai além da melhoria da qualidade da relação paciente-cliente, apontando para o desenvolvimento da cidadania e participação crítica dos usuários (Yépez e Moraes, 2004).

Um processo de humanização pleno no atendimento em saúde necessita que outras questões sejam atendidas, como a prática satisfatória do acolhimento, que deve estar presente no atendimento ao usuário depois de ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissional e usuário, dá-se uma negociação visando à identificação de necessidades, à busca de produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia do usuário em relação à sua saúde (Matumoto apud Schimith e Lima, 2004).

Assim, saber acolher e criar vínculos deveriam ser pressupostos inerentes ao processo de trabalho em saúde, e a partir disso nota-se que a visita domiciliar, com as relações que ali se estabelecem, torna-se uma ferramenta propícia na construção dessas habilidades:

É o melhor local para se construir vínculo, sem dúvida nenhuma, acolhimento nem se fala, é uma grande experiência e aprendizagem que a gente tem lá, entrando na casa das pessoas, não tem em outro lugar (Estagiário G).

Para Morita et al. (2010), a VD favoreceu o desenvolvimento do vínculo e do acolhimento, no seu estudo com alunos de odontologia. Os autores ressaltaram que essas habilidades se mostram difíceis de serem obtidas por meio do aprendizado intramuros das instituições de saúde, porque este é limitado apenas ao procedimento técnico que está sendo realizado naquela sessão, não possibilitando o contato e o entendimento da realidade do usuário.

Sobre a questão do acesso, a VD também reserva uma observação bastante peculiar, pois, diferentemente dos outros serviços de saúde, nos quais é o profissional que recebe e acolhe o usuário para prestar a assistência, nela é o usuário que se dispõe a receber o profissional. Desse modo, a VD impacta na qualidade da interação entre o profissional, o paciente e sua família por favorecer uma comunicação voltada ao entendimento mútuo, facilitando ao profissional compor a busca da eficácia técnica com a compreensão e o foco nos projetos de felicidade dos usuários (Borges e D'Oliveira, 2011).

Assim, ao acolher o estagiário de fisioterapia em sua residência, o usuário também espera que suas necessidades sejam acolhidas, pois, segundo Merhy apud Schimith e Lima (2004), a relação humanizada da assistência ocorre segundo o enfoque do usuário e do trabalhador, como é visto nas falas dos estagiários:

Um ponto positivo, é bom para os dois lados, é bom para eles que estão recebendo uma atenção fisioterapêutica quanto é bom para nós porque o aprendizado, a própria humanização que a gente aprende ali, a experiência de vida que eles passam para a gente é muito grande (Estagiário D).

(...) é bem complicado tu quantificar se a emoção maior é a tua ou a do usuário (...) porque pra ti também é uma realização (Estagiário C).

Oliveira e Spiri (2006) acrescentam que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, melhorando a qualidade da assistência. Dessa maneira, as relações na atenção básica devem ser voltadas para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja, ou seja, por meio de uma relação humanizada de atendimento.

A resignificação da visita domiciliar na construção do aprendizado

Para os sujeitos da pesquisa, a vivência em atenção básica possibilitou a realização de uma avaliação mais completa e fidedigna da realidade do paciente. Ao adentrar no domicílio, o fisioterapeuta tem suas fronteiras de intervenção

ampliadas, tendo a oportunidade de avaliar a realidade do ambiente onde o paciente reside e obter várias informações a respeito da realização das atividades de vida diária e suas limitações, que o auxiliam nas orientações, intervenções terapêuticas e adaptações ambientais (Ragasson et al., 2006).

Morita et al. (2010) constataram a mesma situação em sua pesquisa com os alunos de odontologia que realizaram VD. Segundo os autores, a sala de aula e a clínica convencional limitam o aluno no seu aprendizado, enquanto nos espaços extraclasse da VD os alunos vivenciam os fatos e têm mais condições de realizar o diagnóstico e a elaboração do tratamento mais adequado à realidade dos usuários.

Portanto, o profissional de saúde deve avaliar a dinâmica da vida familiar, com uma atitude de respeito e valorização das características peculiares a cada sujeito, pois a assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o paciente em seu contexto socioeconômico e cultural (Brasil, 2003).

Ramos-Cerqueira et al. (2009), ao tratarem da realização da VD com alunos de medicina, concluíram que as atividades de ensino realizadas extra-muros podem gerar mais oportunidades de reflexão crítica da prática profissional, assim como do exercício responsável da cidadania. Esta experiência reforça ainda a necessidade de preparar o graduando para entrar em contato com os múltiplos e complexos determinantes do processo saúde-doença e para atuar no cuidado à saúde segundo uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

Da mesma forma que o aluno consegue avaliar mais adequadamente seus pacientes nesse nível de atenção, nas falas encontradas neste trabalho também se pode perceber que ele consegue avaliar o significado das experiências na visita domiciliar:

Pensando na nossa avaliação nas visitas, que tu queria escrever tudo, até se a pessoa estava tomando numa caneca de lata, sabe? Então hoje no hospital não tem como tu não conversar, tu sente uma necessidade de conversar; se eu não conversava com o cuidador ou com o paciente, eu pelo menos não me sentia satisfeita e ficava achando que estava faltando alguma coisa (...) a gente teve a sorte de começar por lá, não que se tivesse começado por outros locais não fosse ter, mas muito ficou enfatizado porque começou lá, do zero, e então a gente consegue perceber a diferença do antes e do depois (Estagiário E).

Assim, um ponto bastante enfatizado durante a realização desse trabalho pelos estudantes refere-se ao desejo que eles teriam de começar seu estágio pela atenção básica, para depois passar pelos estágios em níveis secundário e terciário, vistos o aprendizado e a mudança de atitudes que essa prática proporcionou em seu caminho de formação profissional:

Então a gente vê isso, que deveria passar primeiro pelo PSF para depois ir para outros locais, desde a questão da comunicação, de tu se abrir porque tu está na casa da pessoa, às vezes tu não tem assunto, mas tu conversa sobre a rotina dela, e isso facilita depois nos outros locais (Estagiário C).

Para Cunha (2004), o hospital ainda é o espaço de formação hegemônico dos profissionais de saúde, marcando suas competências mesmo quando eles se encontram trabalhando na atenção básica. De acordo com essa dinâmica, os profissionais tendem a basear suas ações nos procedimentos, exames, medicações e diagnósticos, e quando chegam em nível primário de atenção podem sentir-se abalados, uma vez que nesse local tendem a conviver com as incertezas e a complexidade dos sujeitos que têm espaço para exercer sua autonomia. Em oposição a essa lógica de formação pode-se observar, no curso anterior, que os estagiários que iniciaram suas práticas pela visita domiciliar puderam levar para os outros níveis, inclusive o hospitalar, os saberes angariados e, assim, sentiram-se mais preparados para atuar.

Com isso, por meio de ações pedagógicas emancipatórias, a VD toma um novo lugar no processo de formação, pois auxilia na transformação do acadêmico e da sua própria concepção da fisioterapia, como se constata na fala a seguir:

Pensando assim na nossa trajetória acadêmica desde o início, hoje é uma coisa bem diferente de antes porque no início era bem complicado; a gente tinha um pouco de medo, não sabia o que fazer dentro da casa daquela pessoa sem nada, só com as mãos da gente. Hoje a gente consegue notar que começa ali, é uma base, é uma coisa muito diferente, descobre a fisioterapia ali, indo, entrando na casa das pessoas, conseguindo trocar aquele vínculo, fazendo toda essa volta ao contrário do que era antes. Porque a gente pensava, pelo menos quando eu entrei na faculdade, eu pensava fisioterapia de uma forma diferente, hoje eu consigo pensar um processo quase inverso justamente por isso, porque a gente consegue entrar nas casas das pessoas e fazer fisioterapia! (Estagiário B).

Como visto, notam-se transformações no modo de pensar dos estudantes, que no início das visitas não entendiam muito bem o seu papel ou, talvez, até desacreditavam da possibilidade de levar a fisioterapia para aquele contexto e muito menos produzir saúde. Onselen e D'Elia (2006), ao avaliarem a opinião dos internos de medicina sobre o aprendizado e a importância de terem participado de um programa de visitas domiciliares, concluíram que a contribuição da VD para o conhecimento foi considerada: ruim (2,8%), regular (14,1%), boa (50,7%) e ótima (32,5%). Os aspectos positivos mais citados foram em relação ao componente afetivo (91,3%) e ao fato de as visitas mostrarem a realidade da população (70,8%). Os internos

expressaram ainda suas percepções em relação ao valor do agente comunitário e às falhas do ensino médico tradicional.

Porém, essas transformações, bem como uma visão positiva da visita domiciliar, não acontecem ao acaso, e sim por meio da prática fundamentada em pressupostos científicos, éticos e humanizados que contribuem para a valorização desse instrumento e para a mudança de opiniões, como se percebe na narrativa a seguir:

Eu fiquei resistente para ir pro PSF; eu vou ser bem sincera, eu achei que não ia gostar, mas não achei que seria tão diferente, então a gente ficou dois meses, duas vezes por semana indo na casa deles, e os pacientes não têm como tu não gostar, tu não te apegar, tu não te envolver; e depois foi difícil para sair (...) então não tem explicação porque para mim foi muito gratificante (...) eu me arrependi no final e não queria sair e nunca me imaginei assim (Estagiário G).

Assim, entende-se que a atuação em nível primário, muitas vezes, traz inseguranças, pois se torna um ponto de partida para o desconhecido e pode se apresentar como uma ameaça aos conhecimentos já conquistados, porém tal desconhecido traz novos horizontes e possibilidades de transformação (Mitre et al., 2008).

Estudo de Ramos-Cerqueira et al. (2009) com alunos do primeiro ano de medicina constatou que, antes de realizarem visitas domiciliares, eles depositavam expectativas nessa atividade centradas no seu papel curativo, na dificuldade de comunicação com as famílias e na visão negativa das situações que iriam encontrar durante essa prática, vendo a pobreza como sinônimo de ignorância, sujeira, hostilidade e violência. Demonstravam ainda dificuldade de pensar que poderiam ser bem recebidos e estabelecer uma rica relação de troca de conhecimentos e experiências.

Entende-se a importância de preparar os acadêmicos para desenvolver essa prática visando à desconstrução de imagens erradas e à instrumentalização para situações que irão encontrar, como também a proporcionar acompanhamento e discussão dos casos com os professores e demais colegas para que se possa socializar conhecimentos, refletir sobre a prática e dar suporte às angústias.

A atenção em saúde exercida por meio da VD é uma forma de cuidado e vigilância complexa em que se faz necessário desconstruir a imagem estereotipada de que esse instrumento é coisa de leigos, cristalizado num empirismo desprovido de fundamentos. Portanto, é preciso reavaliar a VD na prática dos serviços de saúde e valorizá-la como estratégia de ensino-aprendizagem para operacionalização do novo modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS (Brasil, 2003; Amaro, 2003; Lopes; Saupe e Massaroli, 2008).

Considerações finais

O discurso dos estagiários de fisioterapia apontou que a realização da visita domiciliar foi significativa para mudanças na sua formação, sendo possível vivenciar a realidade das famílias e assim ampliar a visão e o conceito de saúde para um cuidado integral do ser humano. A proximidade com a vida real e com os usuários facilitou aos estudantes uma conduta pautada na humanização do atendimento, levando em consideração habilidades fundamentais como o acolhimento e o vínculo, as quais nesse tipo de atividade tornam-se peculiares, uma vez que é o profissional de saúde que vai ao encontro dos usuários. Além disso, a VD incentiva o estagiário a se tornar um sujeito mais autônomo no seu processo de formação, capacitando-o para intervir em contextos de incertezas e complexidades.

Assim, notou-se que a visita domiciliar, com as relações que ali se estabelecem, tornou-se uma ferramenta propícia na construção de habilidades e competências necessárias ao trabalho em saúde que, após internalizadas nos estudantes, puderam ser levadas a outros níveis de atenção. Entendendo a educação como uma tarefa de troca entre as pessoas e o aprendizado como resultado da interação entre o sujeito e o mundo, acredita-se que a visita domiciliar tornou possível minimizar a distância entre o meio acadêmico e o mundo real dos serviços de saúde, algo tão enfatizado nos dias atuais. Porém, ela precisa ser reavaliada como método de trabalho e valorizada como uma estratégia de ensino-aprendizagem fundamentada em pressupostos científicos. Sabe-se que a visita domiciliar, apesar de ser uma ferramenta de ensino importante, não é capaz de sozinha solucionar todos os problemas encontrados nos sistemas de ensino e nos modelos de atenção à saúde, devendo estar associada a outras atividades na rede de cuidados, tais como desenvolvimento de atividades grupais, participação em campanhas e mutirões da saúde, conselho local de saúde, além de ações pedagógicas que desenvolvam uma visão crítica e participativa dos educandos para efetivamente trazer mudanças.

Notas

¹ Fisioterapeuta da Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Especialista em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). <paulofisiosm@yahoo.com.br>
Correspondência: Rua Daudt, 197, Passo d'Areia, CEP 97010-150, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). <hedioneia@yahoo.com.br>

³ Professora do curso de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta (Unicruz), Parada Benito, Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). <mm@unisc.br>

Referências

- ALVES, Rubem. *Conversas sobre educação*. Campinas: Verus, 2003.
- AMARO, Sarita. *Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE, 2003.
- BARAÚNA, Mario Antônio et al. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 64-69, jan.-fev. 2008.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 461-472, abr.-jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.
- _____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. p. 83-100.
- _____. Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em fisioterapia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 mar. 2002b. Seção 1, p. 11.
- _____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Org. por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Estabelece 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). *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.
- BRASIL, Ana Cristhina Oliveira et al. O papel do fisioterapeuta no Programa de Saúde

- da Família do município de Sobral-Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS)*, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 3-6, 2005.
- CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- CYRINO, Eliana Goldfarb. Humanizar é preciso: a dimensão essencial do cuidado. In: CYRINO, Eliana Goldfarb et al. (Orgs.). *A universidade na comunidade: educação médica em transformação*. Botucatu: Unesp, 2005. p. 33-39.
- CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio-jun. 2004.
- CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.
- CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; TONON, Lídia Maria; JÚNIOR, Mozart de Oliveira (Orgs.). *Cadernos de textos de planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte. Editora Coopmed, 1997.
- DEMO, Pedro. *Professor do futuro e reconstrução do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- FERREIRA, Flávia Nogueira et al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. *Revista Saúde Comunitária*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-43, 2005.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- _____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- FREITAS, Marcos Souza. *A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- FUJISAWA, Dirce Shizuko; GARANHANI, Márcia Regina. Perspectivas de mudança na formação profissional do fisioterapeuta. *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 3, n. 2, p. 6-7, 2001.
- GALVAN, Carrie Chueiri; TRELHA, Celita Salmaso. O enfoque familiar na formação do profissional fisioterapeuta. *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 6, n. 22, p. 12-13, ago. 2000.
- ISAIA, Silvia Maria Aguiar. Aprendizagem docente: sua compreensão a partir das narrativas de professores. In: TRAVERSINI, C.; EGGERT, E.; BONIN, I. *Trajetórias e processos de ensinar e aprender: práticas e didáticas*. Porto Alegre: EduPUCRS, 2008. p. 618-635.
- LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr.-jun. 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2.133-2.144, dez. 2008.
- MORAES, Juliano Teixeira; LOPES, Eliane Marta Teixeira. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 435-444, nov. 2009-fev. 2010.
- MORITA, Maria Celeste et al. Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em odontologia. *Revista de Odontologia da Unesp*, v. 39, n. 2, p. 75-79, 2010.

- MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Londrina, 2001. *Revista Olho Mágico*. Disponível em: <www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso em: 22 jan. 2012.
- OLIVEIRA, Francisco Arsego. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.
- OLIVEIRA, Eliane Machado; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.
- ONSELEN, Lúcia Emy Saiki Van; D'ELIA, Gilberto. Avaliação de um programa pedagógico para internos de pediatria em atuação comunitária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 192-199, 2006.
- PORTES, Leonardo Henrique et al. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)*, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 111-119, jan.-mar. 2011.
- RAGASSON, Carla Adriane Pires et al. Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional. *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.
- RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu et al. Um estranho à minha porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 276-281, 2009.
- REZENDE, Mônica et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.403-1.410, 2009.
- ROMERO, Sonia Mara. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: SCARPARO, Helena (Org.). *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2000.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, nov.-dez. 2004.
- SILVA, Daysi Jung. *O desafio da integralidade da atenção: formação de profissionais de fisioterapia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão (SC), 2003.
- SILVA, Daysi Jung; Da ROS, Marco Aurélio. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1.673-1.681, 2007.
- SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.). *Modelos de atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-42.
- SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 21, p.65-78, jan.-abr. 2007.
- TRELHA, Celita Salmaso et al. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Revista Espaço para a*

Saúde, Londrina, v. 8, n. 2, p. 20-25, jun. 2007.

VYGOTSKY, Lev. *Problemas del desarrollo de la psique*. Madrid: Visor, 1995. (Obras escogidas, v. III).

YÉPEZ, Martha Traverso; MORAES, Normanda Araújo. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 80-88, jan.-fev. 2004.

ZABALZA, Miguel A. *O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Recebido em 31/05/2010
Aprovado em 13/06/2012