

A VIVÊNCIA DE UM FISIOTERAPEUTA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

The experience of a physiotherapist in a multiprofessional residence: challenges and opportunities

Juvêncio César Lima de Assis¹, Gisele Maria Melo Soares Arruda²,
Maria Iracema Capistrano Bezerra³, Thiago Brasileiro de Vasconcelos⁴

RESUMO

Descrever a experiência vivenciada por um fisioterapeuta em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com caráter descritivo na modalidade de relato de experiência. Tal vivência ocorreu em quatro unidades básicas de saúde, por meio de ações individuais e coletivas, de caráter preventivo, curativo e ações educacionais, centradas nas necessidades da população local, num período de dois anos, no que se refere aos cuidados da atenção primária. O fisioterapeuta vem afirmando-se como um importante profissional na estratégia saúde da família, com um olhar multiprofissional e integral, mesmo diante de demandas que não são de sua área específica, tendo como meta um permanente, reflexivo, crítico e ampliado olhar diante da saúde pública, o que torna experiências como essa de extrema importância para a transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Residência Multiprofissional; Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe an experience of a physiotherapist in a multiprofessional residence in family and community health. This is a qualitative, descriptive study, in the form of an experience report. This experience occurred in four basic health units, through individual and collective actions of prevention, cure, and educational activities over a period of two years, focused on the needs of the local population with regard to primary care. The physiotherapist emerges as an important professional in family health, with a multidisciplinary and comprehensive perspective toward care, even in the face of demands outside one's specific area, with the goal of a permanent, reflective, critical, and expanded view toward public health. This makes such experiences of great importance for transforming the care model and the practices of health care.

KEYWORDS: Physical Therapy; Multiprofessional Residence; Family Health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro, tem como objetivo garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e propõe a superação dos limites do modelo médico-assistencial privatista, que tem como bases a especialização do profissional e a ênfase na doença e no processo de cura.¹

Partindo daí, a estratégia utilizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem por objetivo reorganizar a prática assistencial, entendendo a família como objeto principal e sua interação com o ambiente onde vive.²

Com o seu desenvolvimento, novas profissões começam a rever a interdisciplinaridade da ESF nas intervenções; visto que a complexidade das causas de morbimortalidade não pode ser vista somente pelo ângulo de dois ou três profissionais da saúde, despertou-se, então, a ne-

¹ Fisioterapeuta. Residência com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará.

² Fisioterapeuta. Mestrado em Saúde Pública. Docente do Centro Universitário Católico de Quixadá.

³ Fisioterapeuta. Mestrado em Saúde Coletiva. Preceptora de Categoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará.

⁴ Fisioterapeuta. Mestrado em Farmacologia. Universidade Federal do Ceará. E-mail: thiagobvasconcelos@yahoo.com.br.

cessidade de realizar ações mais complexas, englobando diferentes saberes.³

A partir da nova concepção de saúde enquanto qualidade de vida e não mais restrita à ausência de doença, o fisioterapeuta inseriu-se na atenção básica numa nova perspectiva de atuação na promoção de saúde e prevenção de doenças e não só no tratamento e na reabilitação.⁴

Baseado no exposto, o fisioterapeuta pode desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, dentro da equipe interdisciplinar. Porém, devido a aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais, sua função é pouco divulgada e subutilizada, contudo, paulatinamente experiências isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia na Equipe de Estratégia de Saúde da Família enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde da população.⁵

Contudo, considerando o fortalecimento da mesma, a melhoria da qualidade e a resolubilidade da Atenção Básica, foi criado, em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência.⁶

A inserção no NASF representa uma aproximação formal da fisioterapia com a Atenção Básica (AB), sob o ponto de vista de uma política de saúde. O profissional atuante no NASF deve realizar suas ações de acordo com algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde como as ações interdisciplinares e intersetoriais; o processo de educação permanente em saúde de profissionais e da população; o desenvolvimento da noção de território; a integralidade, a participação social, a educação popular; a promoção da saúde e a humanização.⁷

Sendo assim, a inserção do fisioterapeuta em programas de Residências Multiprofissionais possibilita o conhecimento da potencialidade e competência do fisioterapeuta em todos os níveis de atenção e a sua importância na integralidade em saúde.⁸

O interesse por desenvolver este trabalho está em poder proporcionar melhorias na assistência à população, principalmente no tocante à grande demanda e à manutenção do assistencialismo, deixando um pouco “de lado” a promoção, prevenção e educação na saúde.

Considerando a seriedade das ações na busca da melhoria da assistência à saúde da família, destaca-se o seguinte questionamento: *Qual o papel a ser desempenhado por um profissional fisioterapeuta residente em saúde da família?*

O presente estudo objetivou descrever a experiência vivenciada por um fisioterapeuta em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com caráter descritivo na modalidade de relato de experiência. De acordo com Gil,⁹ as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência; assim, este estudo apresentará a experiência vivenciada por um profissional residente fisioterapeuta inserido no NASF, no decorrer dos dois anos vivenciados no cenário de prática.

A Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade teve uma duração de 2 (dois) anos, com início em maio de 2014 e término em junho de 2016, tendo como instituição formadora a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, e como instituição executora, a Secretaria de Saúde do município Brejo Santo, localizado no interior do Ceará. As ações foram realizadas em diferentes territórios com uma carga horária de 60h/semanais de trabalho em serviço e atividades teórico práticas na plataforma de educação à distância (EAD).

O estudo proposto visou relatar a experiência vivenciada por um fisioterapeuta diante de uma nova forma de se fazer saúde, já que a fisioterapia, na saúde da família, dedica-se quase que exclusivamente à assistência. Assim, o atuar em conjunto, o entender a profissão do outro e ver além da dor e da doença são características diferenciadas, positivas, necessárias e marcantes dessa experiência.

Soares¹⁰ afirma que o relato de experiência de um único profissional residente é um estudo que exige que sejam levadas em consideração questões específicas da situação abordada, bem como a valorização do contexto e das circunstâncias em que se deram as atividades.

Cenário de Prática

Brejo Santo é um município brasileiro localizado na microrregião do estado brasileiro do Ceará, pertencente à mesorregião Sul Cearense. Sua população estimada em 2015 é de 48.056 habitantes.

As 20 equipes de ESF (12 na zona urbana e 8 na zona rural), que compõem a atenção primária no município, encaminham para o NASF municipal os casos que extrapolam as competências dos profissionais das unidades básicas de saúde.

A saúde da família vem sendo inserida no contexto das políticas de saúde no Brasil com o intuito de consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo uma reorganização nos serviços de atenção básica com serviços de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e resolutividade na assistência com qualidade.¹¹

A Estratégia de Saúde da Família é entendida como uma reorganização e reorientação do modelo assistencial, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente. Nessa lógica de organização territorial, o espaço físico da Estratégia Saúde da Família deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um campo no qual se verifica a interação população-serviços no âmbito local e que se caracteriza por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.^{4,12}

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A formação profissional é influenciada por todas as transformações vivenciadas no cotidiano e determinada histórica, política e economicamente pela sociedade.^{13,14} Buscar desenvolver profissionais competentes para atuação em um mundo globalizado, capazes de desenvolver novas formas de trabalho e agir diante da avalanche de tecnologia e das necessidades colocadas pelo Sistema Único de Saúde, configura-se como um dos desafios para as instituições formadoras e seus “formadores”.¹⁵

Nesse contexto, inserem-se os programas de residência multiprofissional em saúde da família cujo objetivo é desenvolver nos profissionais de saúde competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população.¹⁶ Além disso, almeja-se preparar os trabalhadores para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.¹⁷

No dia vinte e seis de maio de 2014, teve início o processo formativo da residência multiprofissional em saúde, com o curso de imersão onde foram apresentadas todas as propostas para tal e, somente, no dia nove de junho do mesmo ano, foi que tivemos o primeiro contato com cenário de prática. O fisioterapeuta foi inserido na equipe que formou o NASF, contando com uma psicóloga, uma assistente social, e uma nutricionista, também com uma enfermeira que serviu de referência em uma das unidades apoiadas, com grande expectativa de atuar na perspectiva de promoção da saúde e na prevenção de doenças, como a

maioria dos profissionais que atuam nessas equipes.

Tal vivência ocorreu em quatro estratégias de saúde da família do município de Brejo Santo, por meio de ações individuais e coletivas, de caráter preventivo, curativo e ações educacionais, centradas nas necessidades da população local (usuários do SUS) num período de dois anos, no que se refere aos cuidados da atenção primária.

Considera-se que as ações do NASF existentes no município não contemplam a proposta política de matriciamento supracitada, tendo sua atuação voltada apenas para a assistência, compreendendo o atendimento clínico e individual dos usuários encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, que têm que se deslocar para a unidade em que é ofertado o serviço. O atendimento fisioterapêutico ofertado pelo NASF municipal é exclusivamente para a pediatria, atuando como um centro de referência especializado.

1ª Realidade – Manutenção do modelo biomédico

O cotidiano de trabalho foi apresentado numa realidade ainda muito voltada para o modelo biomédico com grande demanda dos usuários para consultas médicas, escassez de recursos de toda ordem associada à falta de planejamento e utilização de estratégias para resolução dos problemas apresentados.

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, além de aprimorar o conceito de saúde já existente, trouxe ações voltadas para o fortalecimento das redes assistenciais do Sistema Único de Saúde, por meio de uma proposta de caráter participativo e integrativo com as categorias profissionais e a comunidade, descentralizando e regionalizando atividades de educação permanente em saúde, mediante parcerias com os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

A rotina mensal de atividades foi baseada em uma agenda, a mesma construída no primeiro dia útil do mês, composta de atividades individuais (atendimentos) e coletivas (grupos, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, interconsultas, salas de espera qualificada, programa saúde na escola, matriciamento na saúde mental, ações intersetoriais e educação permanente). Os preceptores de campo e núcleo participavam desse momento, colaborando com a elaboração dessa agenda.

Duas vezes por semana, aconteciam as rodas de campo e núcleo, um turno para cada com o respectivo preceptor, um momento muito valioso no que diz respeito à troca de experiências, geralmente era seguido um manual postado na plataforma de acesso online, e uma atividade denominada produto da roda era postada posteriormente.

Uma das principais dificuldades encontradas com res-

peito à inserção do fisioterapeuta na saúde pública, diz respeito à formação inicial e à criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, enraizada devido à grande demanda inicial por reabilitação, inerente à história da criação do curso. Assim, a inserção deste nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente à criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas sequelas.¹⁸

2ª Realidade - Conscientizar os profissionais de saúde e a população sobre a atuação do Fisioterapeuta

Um fato que dificultou atuação na promoção, prevenção e educação em saúde foi o do fisioterapeuta ser parte integrante da equipe básica de cada UBS, trabalhando de formal assistencial, o que veio dificultar o entendimento dos profissionais que ali já estavam inseridos e da própria população a ser assistida, mesmo com o embasamento literário disponível pelo Ministério da Saúde (caderno de atenção básica nº 27 e nº 39). O matriciamento vai sendo desenhado de acordo com a necessidade do território e das características de seu povo.

No caso da reabilitação, a necessidade de pactuação se impôs logo nos primeiros dias de atuação do NASF, quando o serviço de reabilitação pensou em encaminhar todos os usuários que estavam na lista de espera de fisioterapia para serem atendidos. Sendo assim, foi proposta a realização de uma oficina com os profissionais das equipes para definição do perfil da atuação do fisioterapeuta e o fluxo de referência no território.

Pactuou-se que o NASF, juntamente com as ESF, iria analisar a lista de espera do serviço de reabilitação. Nesse processo, foram identificados indivíduos que não precisavam mais de atendimento, alguns que passaram por nova avaliação e orientação clínica da ESF (com apoio do NASF) e outros que foram inseridos em grupos terapêuticos. Essa reorganização diminuiu significativamente a lista de espera do núcleo. Outra definição importante foi de critérios clínicos para priorização dos usuários a serem encaminhados, aqueles que se encontravam na situação de acamados restritos ao leito eram atendidos em domicílio, já os que tinham capacidade de locomoção eram encaminhados para o serviço especializado.

Esta atuação de forma integrada na equipe possui como objetivo: planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos de saúde pública. Possui um grande potencial mediador, podendo funcionar como um elo entre a comunidade e a

equipe na elaboração das ações de saúde.¹⁹

1ª Proposta: Organizar os atendimentos

Objetivando “desafogar” o sistema, através da redução da alta demanda de pacientes para o fisioterapeuta da ESF e dar a devida assistência à comunidade, foi desenhado um modelo diferente de atuação, em que o fisioterapeuta ficou responsável por uma micro área em cada bairro, com o intuito de realizar o atendimento contínuo, por meio de atendimentos domiciliares, dando, nas demais áreas, ênfase às atividades de educação e promoção em saúde. Esse atendimento era realizado uma vez por semana em decorrência de todas as demais atribuições do profissional residente, tornando a construção da agenda mensal uma tarefa desafiadora.

Nesse sentido, os atendimentos individuais, para avaliação e tratamento, e domiciliares, para pacientes restritos ao leito e/ou que estão impossibilitados de sair de casa, proporcionaram para a população das áreas de abrangência das ESF melhor acesso e resolubilidade. Entretanto, a visão da fisioterapia como reabilitadora torna os pacientes dependentes do profissional, o que dificultou inicialmente o processo de promoção à saúde.

A visita domiciliar (individual ou conjunta) surge como uma ferramenta de criação de vínculos entre os profissionais e os usuários, construídos por meio da convivência e do contato constante. Essas visitas domiciliares fisioterapêuticas apresentavam um cuidado diferenciado e não menos importante do que é ofertado pelo município, o qual acontece com contínuas sessões visando apenas à recuperação do paciente.

O município disponibiliza uma ficha de atendimento individual que era anexada ao prontuário da família, em que foram feitas evoluções clínicas e anotadas todas as intercorrências no período do atendimento até a alta, a fim de tornar o serviço mais qualificado e dar respaldo ao profissional; as evoluções eram feitas no final do dia, após os atendimentos.

O fisioterapeuta, quando inserido no NASF, objetiva, em seu processo de trabalho, a qualificação e o suporte às ações das Equipes de Saúde da Família, atuando de maneira participativa e colaborando para superar a atenção fragmentada que ainda vigora no modelo de saúde vigente, contribuindo para a estruturação de redes de cuidados capazes de alcançar a integralidade da assistência aos usuários.¹⁷

Mângia e Lancman²⁰ afirmam que o desafio principal é o de desenvolver uma nova concepção de trabalho que utilize a atuação conjunta, integrada e intersetorial, com base nas redes entre os trabalhadores e incorporando a

participação dos usuários, refletindo o conceito ampliado de saúde assumido pelo SUS.

2ª Proposta: Atuação na Promoção da saúde

Implantação de Salas de Espera

No período em que se deu a residência, foram fortalecidas ações e programas já existentes, como também foram criadas ações inovadoras, com o intuito de contemplar os princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade; também o eixo da educação popular, educação permanente em saúde, território, controle social, promoção da saúde e humanização, na busca de ofertar melhorias ao sistema de saúde ofertado à população local.

As salas de espera qualificadas aconteceram nas quatro unidades apoiadas pela equipe NASF de residentes, no CEO regional, policlínica, na sede municipal do Programa Bolsa Família, no dispositivo CAPS AD, em geral, com os mais variados temas, como prevenção de agravos e promoção de saúde; combate ao mosquito *aedes aegypti*, responsável por um preocupante surto de dengue e outras doenças como febre chikungunya e também transmissor do zica vírus, causador de complicações sérias como microcefalia, síndrome de Guillain-Barré, dentre outras; fortalecimento do programa hiperdia; importância de hábitos de vida saudáveis como alimentação e prática de atividade física; cuidados com pacientes acamados; prevenção de queda em idosos e /ou população vulnerável, dentre outros temas específicos de cada população.

O material utilizado para a realização das salas de espera eram em geral folders, cartazes, adesivos, broches, informativos confeccionados pelos próprios usuários, apresentações de slides, almejando o formato dinâmico e interativo para o entendimento do assunto, mas a principal ferramenta era o diálogo.

O fisioterapeuta possui atribuições que estão muito além da reabilitação, como ações de promoção e proteção de saúde, de prevenção de doenças e assistência.¹ Para Teixeira e Veloso,²¹ salas de espera qualificadas são importantes para estabelecer vínculos com a população e podem ser consideradas como espaços dinâmicos, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos, amenizando o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários negativos em torno do atendimento dos serviços públicos de saúde.

Figura 1 - Sala de Espera Qualificada desenvolvida sobre a temática do Câncer de Mama.



Descrição da atividade: Sala de espera qualificada que abordou o tema prevenção de câncer de mama e útero, contemplando a campanha do outubro rosa. O público alvo foram mulheres de todas as faixas etárias com vida sexual ativa ou não, o que não excluía a presença de homens, maridos e acompanhantes que ali se faziam presentes. Foram expostos dados epidemiológicos atualizados acerca da doença, a fim de conscientizar a prevalência da doença, fatores de riscos, sintomas e como realizar prevenção (autoexame – demonstração em prótese mamária), o que gerou uma roda de conversa bastante produtiva, com total participação dos usuários do serviço. Ocorreram trocas de experiências, dúvidas foram esclarecidas e o público teve a oportunidade de realizar a prática do autoexame das mamas.

Rodas de conversa com Grupos de gestantes

Participação em grupos de gestantes, que ocorreram, mensalmente, sem data específica e funcionavam de forma teórico-prática, rodas de conversa, debates e oficinas, no intuito de proporcionar trocas de experiências e esclarecimentos de possíveis dúvidas. O tema abordado era escolhido pelas próprias gestantes, partindo do interesse das mesmas, para que fluísse de forma satisfatória, dentre eles: diabetes e hipertensão arterial na gestação, tipos de parto (normal, cirúrgico e humanizado), exercícios respiratórios e de fortalecimento da musculatura do períneo, preparando-as para a hora do parto e ajudando em uma recuperação mais rápida com retorno às atividades de vida diária, importância do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, orientações posturais pré e pós-termo, shantala, exercícios físicos na gestação, compreendendo hábitos de vida saudável. Inicialmente foi realizada uma dinâmica de socialização para que as gestantes se sentissem acolhidas e, participassem de forma ativa, e ao final das rodas eram realizados alongamentos e relaxamentos.

Vieira²² destacou que os grupos de gestantes, sejam

eles desenvolvidos nas unidades básicas de saúde ou em qualquer outro dispositivo relacionado à saúde materno infantil, têm o objetivo de sensibilizar a equipe de saúde da família, para a importância da assistência a gestantes, com enfoque interdisciplinar; sensibilizar a população alvo, demonstrando a importância da adesão ao grupo de gestantes; organizar a assistência às mesmas, por meio de atividades de grupo, com finalidade de preparação para o parto e puerpério e criar um espaço interativo no serviço de saúde, para a troca de experiências entre as gestantes e os profissionais de saúde.

Figura 2 - Rodas de conversa em Grupos de Gestantes.



Descrição da atividade: Roda de conversa na qual foi abordado o tema alimentação saudável e a importância de práticas de atividade física, com participação da nutricionista. Práticas corporais de alongamento e fortalecimento da musculatura de assoalho pélvico e membros superiores foram realizadas e incentivadas para o exercício no dia a dia. Ao final, foi servido um lanche com cardápio escolhido pela nutricionista.

Educação permanente em saúde para agentes comunitárias

Além da participação no grupo anteriormente citado, de forma inovadora, foi criado um grupo de educação permanente em saúde com as agentes comunitárias de saúde. Foram discutidos temas relacionados à particularidade da área de cada uma, trazendo embasamento teórico para as reuniões e trocas de experiências, para a resolução de demandas, com um olhar ampliado de todos os profissionais participantes. De extrema importância e muito valorizado pelas participantes, funcionava também como um grupo terapêutico, onde o autocuidado era incentivado, com práticas corporais de alongamento e relaxamento, incentivo à atividade física e alimentação saudável, ajudando, também, para a realização de roda de equipes e socialização de informes da ESF.

Saúde do Homem

No que diz respeito à relação homens-saúde, estes sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres e, em consequência disso, vivem menos do que elas; existe uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens, construção cujas implicações na saúde devem ser interpretadas, a partir da ótica relacional de gênero. A agressividade resultante da construção da masculinidade, erroneamente idealizada como natural pela sociedade, pode fazer dos homens “um fator de risco” e, devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino e contribuir para o aumento de suicídios de jovens.²³

Os homens não são captados pelos serviços de atenção primária, diferentemente das mulheres, sua entrada no sistema de saúde ocorre principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento.²⁴

Diante do exposto, nota-se que a saúde do homem encontra-se fragilizada. Ações voltadas para a promoção, prevenção e educação na saúde masculina foram implementadas, assim como, foram estimuladas a participação e o fortalecimento de campanhas nacionais, como a denominada “novembro azul”, em que são desenvolvidas atividades como palestras, rodas de conversa, oficinas sobre os mais variados temas, tais como, alimentação e hábitos de vida saudável, prática de atividade física, uso de álcool, tabaco e outras drogas, prevenção de acidentes no local de trabalho, e a conscientização da importância de se frequentar a unidade básica de saúde, não só quando a doença já está instalada, mas visando à prevenção.

Figura 3 - Saúde do Homem: Campanha Novembro Azul.



Descrição da atividade: Atividade realizada pela equipe de residentes em Saúde da Família, em uma empresa privada, destacando a importância dos cuidados à saúde do homem, contemplando o objetivo da campanha “novembro azul”, tratando da temática de prevenção de câncer de próstata, fatores de riscos, exames complementares e incentivo à adoção de hábitos de vida saudável.

Saúde da Criança

Os parâmetros de crescimento e desenvolvimento incluem indicadores diretamente relacionados com a manutenção da saúde e nutrição infantil e, indiretamente, com a qualidade de vida da população. Essas atividades constituem um dos eixos das ações a serem desenvolvidas na atenção à saúde da criança, contempladas na Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde no Brasil.¹³ Seguindo essa premissa, foi fortalecido o serviço de puericultura já existente nas UBS's, de uma maneira multiprofissional; foi aprimorada a assistência com a formação de “ilhas”, onde cada criança era avaliada e tinha seu crescimento acompanhado individualmente, junto à caderneta da criança, acompanhamento continuado até os dois anos de idade.

Figura 4 - Atividade de Puericultura.



Descrição das atividades: As mães e acompanhantes receberam orientações sobre como segurar a criança na hora da amamentação, acompanhamento das fases do desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção de acidentes domésticos, atividades lúdicas para estimulação precoce da criança, dentre outras.

Saúde do Escolar

O Programa Saúde nas Escolas (PSE) é uma políti-

ca intersetorial entre educação e saúde que compreende a escola como espaço privilegiado de práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, por meio de ações compartilhadas que têm como corresponsáveis atores de ambos os setores. O NASF pode atuar com as equipes de Atenção Básica, compondo ações de promoção para faixas etárias e necessidades em saúde variadas. Como exemplos, podem-se citar algumas formas de apoio às equipes de Saúde da Família para trabalhar determinados temas estratégicos com pais, estudantes e professores das escolas, nos vários ciclos do Ensino Fundamental. Sendo assim, profissionais do NASF devem apoiar as equipes de saúde e educação, a partir de problemas ou demandas específicas, em sintonia com outros articuladores do PSE.²⁵

A articulação para definição dos temas a serem escolhidos e quais escolas realizar o PSE era pactuado com o enfermeiro de cada UBS's; além dos temas sugeridos pelo Ministério da Saúde outros também foram criados, como: orientação vocacional, *bullying*, depressão, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), combate ao mosquito *aedes aegypti*, ergonomia, cuidados com a coluna vertebral e o peso das mochilas.

Figura 5 - Atuação na Saúde do Escolar.



Descrição das atividades: Ações de educação em saúde com adolescentes escolares tendo como tema central o bullying; desafios, formas de prevenção e situações problema.

Saúde do Idoso

Propõe-se que os NASFs assumam oito áreas de ação: 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.⁷

O envelhecimento populacional é uma realidade mun-

dial e, no Brasil, tal modificação é evidente no aumento da expectativa de vida. Nessa nova realidade, as doenças crônicas e limitações funcionais destacam-se com prevalências elevadas, gerando modificações na forma de tratar o idoso nas esferas física, mental e social.^{26,27}

Em relação à saúde do idoso, foram desenvolvidas atividades de socialização, conscientização corporal, prevenção de quedas, atividades lúdicas, rodas de conversa, envelhecimento com saúde e estímulo à prática de atividade física.

Figura 6 - Atuação no Grupo de Idosas do CAPS Geral.



Descrição das atividades: Grupo de atividades físicas realizadas com os idosos do CAPS Geral, com orientações sobre importância de realização e forma correta de executá-las, exaltando a importância da prevenção de quedas, prática regular de exercícios e alimentação saudável.

O presente estudo teve como limitação o fato de ter sido desenvolvido por uma equipe de residentes, que atuou apenas em quatro das vinte unidades de saúde existentes no município, sendo necessária a formulação de novas abordagens para uma melhor compreensão da inserção do fisioterapeuta residente na Estratégia de Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se a relevância dos programas de residência multiprofissional em saúde da família como uma importante estratégia de formação de trabalhadores para o SUS, haja vista as suas potencialidades pedagógicas. O fisioterapeuta vem se afirmando como um importante profissional na saúde da família, com um olhar multiprofissional e integral, mesmo diante de demandas que não são de sua área específica, tendo como meta um permanente, reflexivo, crítico e ampliado olhar diante da saúde pública, o que torna experiências como esta de extrema

importância para a transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado à saúde.

As competências do fisioterapeuta no NASF perpassam o modelo biomédico reabilitador, direcionando as suas ações para a promoção de saúde, prevenção e reabilitação das doenças, traçando, assim, aspectos importantes para a saúde coletiva, visando uma melhor qualidade de vida da população, tendo como proposta ações de apoio, como: interconsulta, visita domiciliar, visitas institucionais, atendimento individual, atendimento conjunto, participação em reuniões de equipe, educação permanente e atendimentos coletivos por meio de grupos.

Sendo assim, a atuação dos profissionais de saúde, com foco na promoção de saúde em detrimento do cuidado com a doença impõe mudanças no processo de trabalho. Tais mudanças devem possibilitar o atendimento humanizado e integral do indivíduo correlacionado com o ambiente que o cerca. Entretanto, o alcance desse ideal perpassa por diversos nós críticos, quais sejam: limitações de recursos de toda ordem (físicos, humanos, materiais etc.), frente a uma demanda cada vez maior. Assim, é necessário que sejam criadas estratégias para absorção da crescente demanda, seguindo todas as diretrizes do SUS e respeitando as limitações existentes. Trata-se da otimização dos esforços empenhados em cada tarefa, para a melhoria no atendimento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Suppl 1):1403-10.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
3. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EN, Quinderé PHD. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *SA-NARE* 2004; 5(1):169-73.
4. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov*. 2010; 23(2):323-30.
5. Barros FBM. *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.

6. Carvalho STRF. Conhecimento e percepções dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a Fisioterapia [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
7. Conass. Núcleos de apoio à saúde da família. [Internet]. 2007 [Citado 2016 maio 25]. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>>.
8. Baena CP, Soares MCF. Fisioterapia e integralidade: novos conceitos, novas práticas. Estamos prontos? *Fisioter Bras.* 2011; 12(2):133-8.
9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.
10. Soares GMM. Fisioterapia na atenção primária à saúde: relato da experiência na residência multiprofissional. 2013. [monografia]. Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2013.
11. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschin SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):113-8.
12. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3):898-906.
13. Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.
14. Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.
15. Nascimento DDG, Oliveira MC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde.* 2010; 34(1):92-6.
16. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(2):490-98.
17. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *Saúde Soc.* 2010; 19(4):814-27.
18. Ribeiro KSQ. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioter Bras.* 2002; 3(5):311-8.
19. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2155-64.
20. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2008; 19(2):i.
21. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):320-5.
22. Vieira MS. Grupo de Gestantes na Equipe Saúde da Família. Proposta de Implantação no Centro de Saúde Confisco, Belo Horizonte, Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
23. Carrara S, Russo J, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* 2009; 19(3):659-78.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, nº 39. Brasília, DF; 2014.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):725-33.
27. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Mimaz SAS. Humanização na atenção à saúde do idoso. *Saúde Soc.* 2010; 19(4):866-77.

Submissão: julho de 2016

Aprovação: dezembro de 2016
