

Experiências Transformadoras

A Fisioterapia Nos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família: Discussão Sobre Ações De Apoio Assistencial, Matricial, Institucional E Comunitário

Physiotherapy in units of support for the Family Health Program: discussion about care, matrix, institutional and community support actions

Gisele Maria Melo Soares Arruda¹
Pedro Renan Oliveira Santos¹
Maria Iracema Capistrano Bezerra²
Raimunda Hermelinda Maia Macena¹

¹ Universidade Estadual do Ceará

² Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Resumo: A inserção efetiva da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família aconteceu pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes propõem uma atuação organizada na perspectiva do apoio e voltada prioritariamente para a promoção da saúde e garantia do cuidado integral. Entretanto, ainda existe uma lacuna na literatura sobre a organização prática e cotidiana do processo de trabalho da Fisioterapia nos NASF. Este trabalho relata a experiência de uma fisioterapeuta residente em Saúde da Família descrevendo, quantitativa e qualitativamente, as atividades desenvolvidas e analisando as possibilidades de atuação e inserção do fisioterapeuta no NASF. Trata-se de um estudo descritivo que aborda as experiências vivenciadas entre março de 2011 e março de 2013 em Fortaleza-CE. As informações foram coletadas dos consolidados de atividades e diário de campo; e organizadas e analisadas a partir do referencial teórico sobre o apoio e da normatização da atuação do NASF. Foram desenvolvidas ações de apoio assistencial, matricial, institucional e comunitário. As quatro dimensões de apoio são discutidas e exemplificadas com o objetivo de consolidar possibilidades de atuação da Fisioterapia no NASF. A caracterização do trabalho da Fisioterapia na Residência revela que a categoria profissional na estratégia NASF deve ir além da reabilitação, recriar seu modelo de cuidado e atuar em equipe, sob a lógica do apoio e numa abordagem generalista.

Palavras-chave: Saúde da Família, Fisioterapia, Internato e Residência, Atenção Primária a Saúde.

Abstract: The effective integration of physiotherapy in Family Health Strategy happened by units of support for the Family Health Program (USFHP). It proposes a performance arranged in terms of support and focused priority on health promotion and comprehensive care. However, there is still a gap in the literature about practice and daily work organization in USFHP. This paper reports the experience of a physiotherapist resident in Family Health, describing qualitatively and quantitatively the activities developed and analyzing physiotherapists performance and insertion in USFHP. This is a descriptive study that discusses the experiences that took place between march 2011 and march 2013 in Fortaleza-CE. Information was collected from activities log and field diary, organized and analyzed with support theoretical framework and USFHP's operational guideline. Actions of care support, matrix support, institutional support and community support were developed. These four dimensions of support are discussed and exemplified to list physiotherapy's possibilities of performance in USFHP. The physiotherapy work in Residence reveals that professional's action in USFHP strategy must go beyond rehabilitation, recreate care model and learn how to act in a team, under the logic of support and in a generalist approach.

Keywords: Family Health, Physiotherapy, Internship and Residency, Primary Health Care.

1. Introdução

A Fisioterapia possui aptidão para prevenir e tratar distúrbios cinéticos funcionais que acometem órgãos e sistemas do corpo humano¹. Tendo como objeto de trabalho o movimento, o fisioterapeuta é indispensável aos cuidados em saúde em todos os pontos da rede de atenção². Embora tradicionalmente a atividade profissional do fisioterapeuta tenha sido reduzida à reabilitação, restringindo sua atuação às ações de recuperação da saúde³ no setor privado⁴, essa situação vem sendo modificada. Segundo Santos⁴, com a maior inclusão de fisioterapeutas na

rede pública - hospitais, policlínicas, centros de reabilitação e atenção primária à saúde (APS) - e com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em 2008⁵ que oficializou a entrada desse profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶.

A ESF caracteriza-se como um ponto na rede de atenção à saúde que se organiza como porta de entrada preferencial e organiza a assistência na perspectiva do cuidado longitudinal. O trabalho é desenvolvido com base na territorialização e na adscrição de clientela a partir dos critérios de risco e vulnerabilidade. A assistência em saúde privilegia a atenção à família; vai ao encontro dos usuários do sistema, considerando a realidade local; e busca voltar sua atenção à pessoa e não à doença⁷.

Alguns estudos que se propõem a avaliar a efetividade da ESF já apontam seu potencial na redução de taxas de mortalidade infantil e por doenças cerebrovasculares^{8, 9, 10}. De acordo com esses autores, uma cobertura populacional adequada da ESF pode contribuir significativamente para redução das taxas de mortalidade e internação por doenças cerebrovasculares⁸, na redução da mortalidade infantil por diarreia em até 31%¹⁰, e na redução da mortalidade infantil como um todo em até 22%⁹. No geral, estima-se que 80% das questões de saúde da população podem ser resolvidas na APS¹¹, bem como essa estratégia tem papel fundamental na atenção e combate às endemias que caracterizam o cenário epidemiológico nacional. Diante dos surtos de Dengue, do Zika vírus e da Chikungunya; da grande parcela da população acometida por doenças crônicas, como a diabetes e a hipertensão; bem como das ainda prevalentes taxas de hanseníase e tuberculose, a ESF é o modelo assistencial mais adequado para promover essa promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência^{12, 13, 14}.

Com a inserção do fisioterapeuta no NASF e a relevância da organização da ESF diante da situação sanitária do país, este distanciamento outrora existente entre a fisioterapia e as propostas de reorientação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da ESF vem sendo diminuído. Esses núcleos são equipes multiprofissionais cujo objetivo é apoiar, sob a lógica do apoio matricial, as Equipes de Referência em Saúde da Família (EqRSF)⁵. Os NASF devem atuar em unidade com as EqRSF, compartilhando práticas e responsabilidades, além de promoverem integralidade e interdisciplinaridade. Dessa forma, o apoio constitui-se como metodologia que regula a relação entre profissionais de referência e retaguarda especializada, como o são EqRSF e NASF¹⁵.

Atuar enquanto apoio às EqRSF se constitui como oportunidade nacional ímpar de inserção da Fisioterapia na ESF. Contudo, integrar essa estratégia exige a realização de atividades que tradicionalmente não lhe cabiam¹⁶. Não se trata da simples inclusão do fisioterapeuta capacitado tecnicamente, é preciso que este recrie sua atuação profissional¹⁷.

Entretanto, os documentos oficiais sobre tal inserção são escassos e a produção científica sobre o assunto restrita. Como afirmam Portes; Ramos Júnior; et al.¹⁸, apesar de os relatos existentes demonstrarem possibilidades de atuação da Fisioterapia na ESF, falta um maior detalhamento das ações, oferecendo noção real do trabalho cotidiano¹⁹.

Uma das estratégias existentes nacionalmente com o objetivo de formar profissionais para atuarem na ESF é a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). Em Fortaleza-Ceará, existem há 10 anos programas de residências em Saúde da Família que têm como objetivo formar profissionais para atuarem na ESF formando equipes de referência (EqRSF) e equipes de apoio (NASF)²⁰. Acredita-se, assim, que a vivência prática do fisioterapeuta residente pode ser fundamento para muitas reflexões e discussões sobre o trabalho da Fisioterapia na APS. Por isso, este artigo tem por objetivo relatar, sob a perspectiva do apoio desempenhado pelo NASF, a experiência de uma fisioterapeuta residente.

2. Materiais e métodos

Relato da prática discente assistencial²¹, analítico-descritivo, onde analisou-se de forma quantitativa e qualitativa a produção técnica, assistencial, política e filosófica de uma fisioterapeuta residente, uma das autoras deste artigo.

As atividades relatadas aconteceram de março de 2011 a março de 2013. Durante esses dois anos, a residente atuou em dois Centros de Saúde da Família (CSF) do município de

Fortaleza/CE em uma equipe multiprofissional composta por ela e mais sete residentes: Apesar de atuar em dois CSF, para a sistematização das informações, optou-se por abordar as ações desenvolvidas apenas em um deles, onde a residente estava presente aproximadamente seis turnos semanais.

A coleta e sistematização de informações foram realizadas de fevereiro a março de 2013 a partir dos consolidados de produção diária e diário de campo da fisioterapeuta. Todos os arquivos utilizados para a coleta são registros pessoais da residente e pesquisadora. O conteúdo do diário de campo foi transcrito, integralmente no editor de texto Microsoft Office Word® versão 2010, e analisado, sempre buscando manter a integridade das informações. Inicialmente foi realizada uma leitura do que foi registrado no diário de campo aliado às observações da prática executada.

A seguir, foram feitas releituras com o propósito de apreender as unidades de significação para formar um conjunto de categorias que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. E como último passo, foi feita a articulação entre as categorias empíricas e o referencial teórico, pois juntos formaram a base científica fundamental para a elaboração dos resultados e discussão desse estudo. As informações coletadas foram organizadas e analisadas a partir do referencial teórico sobre apoio discutido por Oliveira; Pequeno; et al²².

Dessa forma, as ações desenvolvidas foram elencadas em quatro eixos: apoio assistencial, apoio comunitário, apoio matricial e apoio institucional.

O trabalho obedeceu ao Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta²³ e às normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos, segundo Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁴.

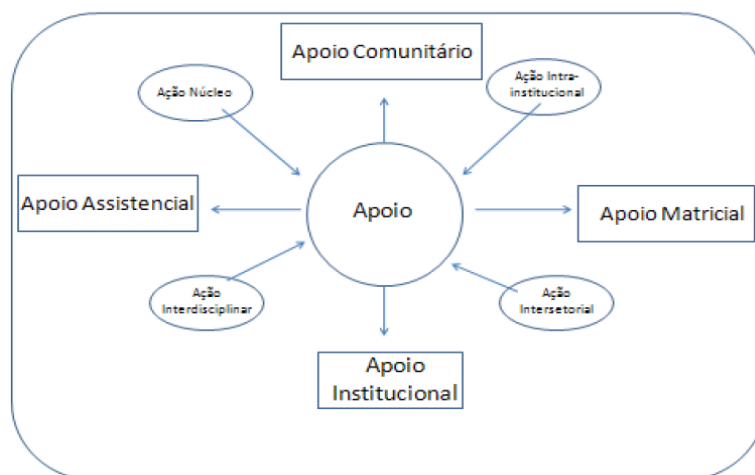
3. Resultados e discussão

3.1. O apoio enquanto modelo de atuação no nasf

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial do apoio matricial. Esta equipe, constituída por categorias profissionais antes não existentes na ESF, deve atuar auxiliando as EqRSF "no manejo e resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o escopo de ofertas"¹⁵.

De acordo com Campos; Domitti¹⁵, esse trabalho compartilhado deve acontecer em pelo menos duas dimensões: clínico assistencial e técnico-pedagógica. Ampliando essa noção de apoio, Oliveira; Pequeno; et al²² propõem que esta seja entendida também enquanto ação de produção de cuidado. Nessa interface, são estabelecidos quatro eixos de apoio: Matricial, Institucional, Assistencial e Comunitário que estão sistematizados na figura 1. A separação entre os tipos de apoio é um esquema pedagógico e uma maneira de melhor avaliar e organizar o processo de trabalho. Na prática cotidiana, esses limites são bem mais flexíveis e os tipos de apoio se efetivam em zonas de intercessão.

Figura 1: Eixos de apoio



Fonte: Oliveira; Pequeno; et al²²

De acordo com Oliveira; Pequeno; et al²², apoio matricial é uma metodologia de ação compartilhada entre referência e retaguarda especializada, ou seja, trata-se de realizar intervenções conjuntas, gerando, em cada um desses espaços de apoio a integração entre as práticas clínicas e os conhecimentos de cada profissional. Esta modalidade de apoio fundamenta-se em ações assistenciais conjuntas, mas também em práticas pedagógicas cujo foco é a equipe. O apoio assistencial diz respeito à atenção ofertada aos usuários dos serviços, ou seja, às práticas de cuidado específicas da profissão sem abandonar, entretanto, a integração entre os diversos saberes. O apoio institucional versa sobre a co-gestão dos processos de gerência local dos serviços de saúde, bem como do trabalho das equipes. O apoio comunitário consiste em atuar juntamente com as equipes de referência no conhecimento da dinâmica da comunidade, territorialização, inserção comunitária e desenvolvimento de ações coletivas de cunho político, terapêutico ou educativo.

Na busca de responder aos questionamentos sobre como se dá a prática cotidiana da Fisioterapia no NASF, as ações da fisioterapeuta residente foram sistematizadas e discutidas de acordo com tais dimensões do apoio.

3.2. Apoio Assistencial: sobre as práticas clínicas da Fisioterapia na ESF

Para discutir o apoio assistencial realizado no período estabelecido, é importante reiterar que a Fisioterapia atua em todas as fases do ciclo de vida, o que pressupõe uma diversificação nas formas de cuidado ofertadas. Além disso, visto que a atenção é territorializada, o fazer do profissional deve ser concebido de acordo com cada realidade^{5, 25}. Isso aponta para a defesa de uma prática fisioterapêutica generalista e capaz de responder às reais demandas da população adscrita.

A Fisioterapia na ESF deve ter o objetivo de envolver o sujeito e/ou seu cuidador no cuidado diário^{6, 26, 27}. Além disso, deve-se fomentar a promoção da saúde e o cuidado ampliado, que vão além das questões unicamente físicas. Todo esse contexto confere à assistência fisioterapêutica na ESF uma dinâmica especial e inovadora. Assim, em relação às atividades assistenciais desenvolvidas pela Fisioterapia (sem contar as atividades matriciais), foram realizadas 36 visitas domiciliares e 66 atendimentos individuais. Mesmo que a quantidade total de visitas tenha sido menor, é relevante ressaltar que o tempo exigido e a complexidade da visita são bastante superiores a do atendimento individual, uma vez que exigem ações administrativas e operacionais como a disponibilidade de transporte, de combustível e de motorista. Dessa forma, exigia-se mais carga horária para planejamento e execução de visitas que para os atendimentos.

O primeiro ponto de discussão reside na perspectiva de que o foco da estratégia NASF para os cuidados fisioterapêuticos não é o atendimento individual⁵. Deste modo, não há uma estrutura viável nos CSF para que se façam atendimentos típicos de recuperação da saúde²⁸. Entretanto, há uma demanda reprimida, de modo que grande parte da população busca atendimentos clínicos, o que provoca uma quebra no fluxo para a atenção especializada e muitos usuários, por condições financeiras e limitações físicas, mesmo conseguindo o encaminhamento para a atenção especializada não tem condições de comparecer a essas clínicas^{17, 27}.

Apesar de a resolução desse entrave não ser um dever do profissional fisioterapeuta inserido na APS, durante a Residência foram pensadas formas de mediação dessa situação, sempre com o cuidado de não construir uma atuação equivocada para o NASF e, ao mesmo tempo, de não negar atenção e cuidado aos usuários. Sendo assim, cada caso foi analisado em sua peculiaridade e alguns, principalmente aqueles com prognóstico de uma recuperação mais rápida, cujo paciente era colaborativo ou que poderiam ser resolvidos apenas com técnicas manuais, foram acompanhados no CSF.

Criou-se, então, uma sistemática de atendimentos fisioterapêuticos com cunho educativo e de orientação, como defendem Barbosa; Ferreira; et al.²⁸ e Linhares; Pinto; et al.²⁹. Quando

necessário, eram feitas algumas manipulações ou intervenções manuais, visto que este era o único recurso disponível. Mas o atendimento tinha sempre uma perspectiva educativa e de empoderamento dos sujeitos. O paciente era orientado sobre formas de autocuidado e sobre seu protagonismo na reabilitação de sua saúde. Este é o tipo de reabilitação com educação que Formiga; Ribeiro⁶ discutem. Era feito, junto aos usuários, um acompanhamento regular, mas com encontros mais espaçados. Dependendo do caso, cada paciente era atendido semanal ou quinzenalmente, até que recebesse alta. Essa sistemática pode ser observada no caso relatado por Soares; Bezerra²⁶.

Essa sistemática de atendimentos realizados com menor frequência não deve ser entendida como uma fragilidade da ESF, mas como um modelo que não é semelhante ao tradicional, no entanto tem suas potencialidades. Além disso, é imprescindível que sempre se leve em consideração o impacto físico e emocional das intervenções fisioterapêuticas na APS, por isso elas devem ser valorizadas^{26, 27}. Ao mesmo tempo, essa tentativa de mediação não deve negar o papel da atenção especializada. Esse ordenamento do fluxo dentro da rede de saúde ainda deve ser uma bandeira de luta da população e dos fisioterapeutas.

Nas visitas domiciliares, por sua vez, o foco principal de atuação da fisioterapeuta foi a orientação dos pacientes, cuidadores e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Como os pacientes que demandam visitas normalmente precisam de cuidados funcionais diários ou com grande frequência e o fisioterapeuta da ESF não consegue suprir essa necessidade, os cuidadores eram orientados a realizar esses cuidados no ambiente domiciliar. O ACS também participava desse momento de treinamento do cuidador para que ajudasse em caso de dúvidas e supervisionasse posteriormente a manutenção da rotina de exercícios. Com essa orientação, ele se torna co-responsável pelo tratamento e tem muito mais possibilidades de contribuir na promoção da saúde daquele paciente. Essa dimensão de atendimento domiciliar na ESF já havia sido apontada por vários autores como Trelha; Silva et al.³ e Costa; Pinho; et al.²⁷ ao discutirem a inserção da Fisioterapia na APS, bem como por Barbosa; Ferreira; et al.²⁸ ao tratarem do trabalho do fisioterapeuta no NASF.

Outra questão que merece ser discutida é o perfil do atendimento e da visita domiciliar realizada pelo fisioterapeuta na ESF. A dinâmica de cuidado é diferente, uma vez que não se trata de uma assistência de recuperação da saúde ("reabilitadora"), com disposição de muitos recursos tecnológicos e não acontece de forma continuada no formato de sessões^{26, 29}. O protocolo de atendimento, no CSF ou em domicílio, precisa ser individualizado para cada caso, ficando, portanto, dependente do prognóstico, da colaboração do usuário, da existência e colaboração do cuidador, e da qualidade do processo educativo e de orientação realizado pelo fisioterapeuta.

Uma outra ação assistencial desenvolvida foi a inclusão na agenda do CSF de turnos de Práticas Integrativas. A fisioterapeuta e uma auxiliar de enfermagem, com formação em Massoterapia, passaram a fazer sessões de massoterapia quinzenalmente. E uma das enfermeiras da RMSFC, com iniciação em Reiki, fazia aplicações da técnica uma vez ao mês. A frequência foi determinada pela disponibilidade de tempo dos profissionais e o agendamento para essas práticas integrativas era feita por encaminhamento dos profissionais das EqRSF, NASF e RMSFC. Essas ações corroboram com o que é preconizado pelos documentos oficiais^{5, 7} quando tratam da integralidade do cuidado aos usuários do SUS.

As práticas integrativas foram de grande relevância na atenção aos casos de Saúde Mental e no acompanhamento dos cuidadores de idosos do território que normalmente são sobrecarregados física e psiquicamente com a rotina dos afazeres domésticos. A massoterapia também foi primordial no estabelecimento de vínculo com os trabalhadores do serviço que apresentavam problemas de saúde, e, a partir da sessão de massoterapia, deixavam-se ser cuidados, constituindo-se, então, uma possibilidade de atenção à saúde do trabalhador. A partir desses atendimentos e visitas desencadearam-se um total de 52 encaminhamentos. Esses encaminhamentos pressupõem uma articulação da fisioterapeuta com os serviços da rede especializada, da rede intersetorial, do território e do próprio CSF na construção da linha de cuidado longitudinal desses indivíduos.

Quanto à articulação com os profissionais das equipes para recepção de casos, ressalta-se o papel dos ACS e da equipe NASF composta por residentes. Os ACS são fundamentais nesse

contato dos profissionais com a comunidade e, por conhecerem a realidade de suas microáreas, tem uma visão privilegiada das necessidades de saúde locais, sendo porta-vozes das demandas da população. Entretanto, muitas vezes tende-se a acreditar que, para o NASF, os casos devem chegar apenas dos profissionais de nível superior da EqRSF. O ACS também compõe essa equipe em todas as suas atribuições, inclusive a de levar casos ao NASF e acompanhar o Projeto Terapêutico de cada usuário⁶.

Quanto à participação dos demais profissionais da EqRSF, percebe-se, pelo quadro 1, a baixa interação de todos com a fisioterapeuta. Diante da percepção desse entrave, a estratégia adotada para amenizar esse desfalque de diálogo foi a realização do Matriciamento de fluxo invertido. Ou seja, mesmo que os casos não chegassem à fisioterapeuta por meio dos profissionais de referência, esses casos eram levados a esses profissionais, em um movimento inverso, mas que tinha o intuito de garantir uma prática interprofissional e dialógica.

Quadro 1 – Via de acesso dos usuários de um CSF ao acompanhamento fisioterapêutico.

Vias de acesso a Fisioterapeuta Residentes (estratégia NASF)	Total	
Demanda Espontânea	41	
Encaminhamentos pelos profissionais das Equipes	PELO ACS	35
	PELO MÉDICO	1
	PELO CIRURGIÃO-DENTISTA	0
	PELA ENFERMEIRA	39
	PELA RMSFC (Estratégia NASF)	39
Contra-Referência	DE OUTRO SERVIÇO SAÚDE DA REDE	0
Encaminhamentos	0	
Busca Ativa	BUSCA ATIVA JUNTO ÀS EQUIPES	41
	OUTROS	4

Além disso, outra estratégia que merece destaque foi o acesso de pacientes pela busca ativa. Muitos usuários foram abordados nos corredores, em atividades educativas, nos grupos, nos eventos comunitários etc. Mesmo que os sujeitos não buscassem o cuidado, algumas situações de saúde eram observadas e a fisioterapeuta ofertava assistência. A essas situações chamou-se busca ativa. Ainda outra forma de captar casos por busca ativa utilizada na RMSFC foi a realização de visitas conjuntas com as EqRSF. Como a maioria dos pacientes que demandam visitas domiciliares tem alguma limitação da funcionalidade, a fisioterapeuta, mesmo sem ter um caso especificamente encaminhado para ela, acompanhava as visitas agendadas pela EqRSF e, durante a visita, realizava intervenções ou orientações. Em quase todas as situações, era possível contribuir de forma significativa. Acredita-se, assim, que essa também é uma forma de atuação e de apoio que o fisioterapeuta pode desenvolver para acessar aquelas pessoas necessitadas de seus cuidados e até mesmo matricular os demais profissionais.

3.3. Apoio Matricial: o exercício do fazer compartilhado

O Apoio Matricial diz respeito à execução conjunta de atividades assistenciais e pedagógicas. Essa tecnologia de atuação é um pilar da organização do trabalho no NASF. Sendo assim, os trabalhadores desses núcleos não constituem uma equipe independente, bem como não são porta de entrada com livre acesso para a população. A demanda assistida pelo NASF deve ser sempre regulada pelas EqRSF. Esse movimento presume a responsabilização compartilhada dos casos, ultrapassando os limites formais do simples encaminhamento⁵.

A compreensão desse apoio está diretamente relacionada com a ideia de equipes de referência como arranjo organizacional. As equipes de referência são profissionais que tem

responsabilidade sobre os envolvidos no caso e, por isso mesmo, são essenciais na resolução da situação. O apoiador matricial funciona como uma retaguarda especializada que pode ser acionada pela equipe de referência para auxiliar na condução do caso¹⁵. Na ESF, o NASF atua exatamente como apoiador matricial das equipes que estão sob sua responsabilidade.

Aqui, para facilitar a sistematização das atividades, elencou-se como apoio matricial apenas as atividades realizadas de forma compartilhada. Sendo assim, como ferramentas desse apoio matricial aqui discutido, elencam-se os atendimentos conjuntos, as visitas conjuntas, as discussões de caso, a construção compartilhada de projeto terapêutico singular (PTS) e as atividades pedagógicas junto a outros profissionais. Acredita-se que essas vertentes de articulação, representam a construção de uma prática interprofissional e colaborativa com vista ao fortalecimento de uma atenção integral.

O quadro 2 revela o predomínio quantitativo das atividades conjuntas em relação às atividades assistenciais (apoio assistencial). Apesar de todas as dificuldades de articulação com as EqRSF, o matriciamento foi sempre buscado pela fisioterapeuta residente, mesmo que fosse na perspectiva discutida anteriormente de apoio matricial de fluxo invertido³⁰.

Quadro 2 – Sistematização das atividades de apoio matricial por área de abrangência e por equipe apoiada.

Atividade	Parceiro	Total
Nº Atendimentos Conjuntos	Equipe de Referência	41
	Equipe NASF	5
	Equipe NASF RMSFC	26
Nº Visitas Domiciliares Conjuntas	Equipe de Referência	51
	Equipe NASF	0
	Equipe NASF RMSFC	48
Nº Discussões de Caso		13
Nº Construção de PTS		6
Nº Atividades Pedagógicas junto às equipes		0
Nº Atividade Apoio Matricial		190

Com uma das enfermeiras residentes, diante das demandas apresentadas pelo território, foram estabelecidos turnos quinzenais de atendimento conjunto para pacientes com dor crônica, queixas urinárias e para promoção da saúde sexual durante os atendimentos de planejamento familiar. Nessas três iniciativas, foi de grande valia a retaguarda especializada da Fisioterapia. Durante os atendimentos, as duas profissionais faziam intervenções, discutiam os casos e estabeleciam terapêuticas conjuntamente. Além da maior resolutividade do atendimento, esse modelo de atuação implica em maior aprendizado para ambos os profissionais. Um aprendendo com a prática do outro e tornando seu olhar profissional mais múltiplo e integral.

Nos matriciamentos de dor crônica eram agendados pacientes com queixas algícas nas articulações, desvios posturais e/ou doenças ocupacionais. Esses pacientes eram ouvidos, orientados sobre medidas preventivas ou capazes de amenizar as dores, e, se preciso, eram encaminhados para serviços especializados ou para o atendimento nos turnos de práticas integrativas.

Quanto aos atendimentos em Uroginecologia, a enfermeira identificava em seus atendimentos rotineiros pacientes com queixas urinárias ou sexuais e os agendava em um turno já pré-estabelecido de atendimento com a Fisioterapia. Neste turno, eram feitas avaliação, orientações e encaminhamentos necessários. Nos turnos de planejamento familiar, a fisioterapeuta realizava um momento de educação em saúde sobre sexualidade antes de se iniciarem as consultas individuais. Depois, a fisioterapeuta acompanhava os atendimentos da enfermeira, intervindo sempre que necessário e fazendo com que a consulta fosse além da prescrição de contraceptivos.

Também foi realizada importante quantidade de atendimentos conjuntos com o médico de referência. Este profissional tem turnos de matriciamento em saúde mental com um profissional do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e, em muitos desses atendimentos, a presença da fisioterapeuta era solicitada, visto o grande potencial da intervenção corporal junto aos pacientes com transtornos mentais.

Quanto às visitas domiciliares conjuntas, foram realizadas 51 visitas junto às EqRSF. Essa construção do trabalho compartilhado foi possível a partir do estabelecimento de turnos de visita conjunta no modelo discutido anteriormente quando se pontuou a busca ativa. Essa estratégia, além de levar a assistência fisioterapêutica aos usuários, tornou-se uma oportunidade de apresentação à equipe das possibilidades de atuação da Fisioterapia na ESF. Em parceria com os profissionais da estratégia NASF foram realizadas ainda 48 visitas. De acordo com Portes; Ramos Júnior; et al.¹⁸, ainda existe uma fragilidade na concretização das visitas domiciliares pelos fisioterapeutas, apesar de esta ser ferramenta de grande potencial.

Desde a chegada ao território, a efetivação do apoio matricial foi difícil. Durante um importante período foi tentado o contato com as equipes responsáveis pelos casos em andamento para discussão, entretanto conseguir um espaço livre na agenda dos profissionais para discutir casos e pensar terapêuticas era bastante complicado. Para tentar tornar as discussões de casos um momento da agenda institucional, foram estabelecidos turnos quinzenais para essa prática. Todos os profissionais do CSF eram convidados para esse momento, onde eram decididos sobre quais casos seria feita a discussão e todos os presentes colaboravam na construção coletiva de PTS. No entanto, a adesão dos profissionais do CSF a esses turnos foi baixa. Apesar disso, essa estratégia de atuação matricial foi bastante proveitosa para os residentes. Some-se a isso a grande quantidade de casos não contabilizada que foram discutidos informalmente nos corredores e nos intervalos de trabalho, ou mesmo antes do estabelecimento desse turno institucional de discussão de casos.

Não foi realizada nenhuma atividade pedagógica junto aos profissionais das EqRSF ou do NASF. Também os momentos para esse tipo de interação unicamente pedagógica eram de difícil aceitação pelos profissionais. Entretanto foram executadas várias atividades pedagógicas juntos aos ACS sobre Hanseníase, deficiências, sexualidade, rede de Saúde Mental etc. Essa aproximação dos ACS a várias questões pertinentes ao território foi de grande valia para a ampliação do cuidado, tornando estes profissionais muito mais capacitados para a busca ativa de diversos casos.

3.4. Apoio Comunitário: da territorialização à organização comunitária

Além dessas atividades de atenção individual/familiar, conforme apontado nos apoios anteriores, foram realizadas diversas atividades coletivas. Dentre elas podem ser citadas as atividades de educação em saúde no território, os grupos de educação em saúde, os grupos terapêuticos, os eventos na comunidade e as ações de articulação comunitária. Acredita-se que a participação do profissional em qualquer atividade realizada na comunidade pode ser considerada uma ação em saúde, pois é uma forma de imersão na dinâmica comunitária com o objetivo de conhecer melhor a realidade local e interagir com os sujeitos comunitários promovendo saúde³¹.

O quadro 3 sistematiza e quantifica essas ações. A partir dele, percebe-se que a maior parte das atividades de educação em saúde para a comunidade foi realizada no próprio CSF, no formato de sala de espera. No planejamento das ações da RMSFC, foram traçados temas importantes a serem trabalhados nas salas de espera. A cada mês um desses temas era trabalhado pelos diversos profissionais da equipe. A fisioterapeuta realizou 27 salas de espera sobre diversos assuntos. Todas essas atividades buscavam usar metodologias ativas, onde cada sujeito contribuía de forma significativa a partir de seus conhecimentos sobre o assunto. As atividades educativas foram sempre pautadas no referencial da educação popular em saúde⁵.

Quadro 3 – Atividades de apoio comunitário realizadas de acordo com os locais de execução da ação.

ATIVIDADES	TOTAL
Nº de atividades de Educação em Saúde no território	27
Nº de participação em grupos do território	19
Nº de atividades nas escolas	7
Nº de participações em atividade de organização comunitária (Reuniões, Fóruns, etc.)	2
Nº de planejamentos participativos	6
Nº de participações em eventos na comunidade	6
Nº de articulações comunitárias (com equipamentos sociais, com atores sociais, com lideranças comunitárias, etc.)	5

Em relação à participação em grupos no território, é importante salientar que, quando a RMSFC chegou ao CSF, não havia nenhum grupo comunitário em funcionamento. Foram criados, então, três grupos: Grupo de Idosos, que acontecia quinzenalmente e do qual a fisioterapeuta participava assiduamente por ser um público alvo de suas ações, daí sua participação em 14 encontros; Grupo de Caminhada, que acontecia duas vezes por semana no CSF e do qual a profissional participou 4 vezes; e Grupo de Mulheres, que trabalhava questões típicas do papel da mulher na sociedade e acontecia duas vezes ao mês, no entanto durou apenas cerca de 4 meses e nesse período a profissional participou apenas uma vez.

Os grupos são espaços importantes de promoção da saúde e de construção de uma prática interprofissional, constituindo inclusive aspecto primordial da APS e, portanto, essencial no contexto da ESF⁵. Entretanto, o que se observa é uma desvalorização, por parte dos profissionais, dessa metodologia de trabalho. Nenhum profissional das EqRSF participava desses grupos, a não ser os ACS.

Isso mostra inclusive a necessidade de que essas atividades comunitárias sejam entendidas de fato como uma vertente do apoio que precisa ser desenvolvida em parceria com as EqRSF. Muitas vezes, há um equivocado entendimento de que o NASF, por não focar nos atendimentos individuais e nem ser porta de entrada, deve assumir a total responsabilidade pelas atividades coletivas e comunitárias. No entanto, defende-se que também nessa dimensão da ação na comunidade precisa haver colaboração entre todos os profissionais da ESF.

Um dos aspectos desse apoio comunitário é vínculo com a comunidade que deve acontecer desde a chegada dos profissionais e configurar-se como processo permanente. Isso pode ser alcançado com a territorialização, entendida como esse processo de reconhecimento das reais necessidades de saúde da população e inserção comunitária. Acredita-se que é a partir da territorialização que deve ser construída toda a agenda de trabalho. Além das oficinas de territorialização e do planejamento participativo, também foram realizados, pelos residentes, vários eventos na comunidade e no CSF, bem como reuniões de organização comunitária e articulação com atores-chaves da comunidade. Estas também são atividades que constituem o processo de trabalho na ESF.

3.5. Apoio Institucional: gestão do trabalho e educação permanente como caminhos para a transformação da atenção

Dentre as atividades de apoio institucional, elencaram-se aquelas com objetivo de debate, planejamento e gestão do processo de trabalho do CSF e das equipes, bem como as que estavam voltadas para a educação permanente e o cuidado dos profissionais de saúde. O quadro 4 quantifica a participação da fisioterapeuta residente nessas atividades.

Quadro 4 – Quantidade de participações da fisioterapeuta residente nas atividades de apoio institucional

Atividades de Apoio Institucional	Quantidade de participações
Rodas de Gestão	9
Rodas de Equipe da RMSFC	52
Reuniões com a Gestão Local do CSF	9
Reuniões com a equipe NASF atuante no território	4
Reuniões com as equipes de referência do CSF	6
Reuniões Intersetoriais	13
Articulação com a Rede de Saúde	14
Articulação com a Rede Intersetorial	7
Capacitações / Oficinas Temáticas ofertadas aos profissionais do CSF	3
Momentos de Educação Permanente no CSF	6
Momentos de cuidado com os trabalhadores do CSF	1

Semanalmente, os residentes participavam de uma roda de equipe cujo objetivo era organização do processo de trabalho. Um desdobramento importante desses encontros semanais foi a grande interação entre os residentes e o fortalecimento da prática interprofissional e colaborativa entre eles, afinal só se faz possível concretizar essa colaboração com o estabelecimento de espaços de encontro³².

A participação nas rodas de gestão também sempre foi priorizada pelos residentes por acreditar-se que esses são espaços ampliados de discussão do processo de cuidado e do trabalho no CSF.

Ao longo da organização do processo de trabalho muitas reuniões também foram vivenciadas, como aponta o quadro 4. Nas reuniões com a gestão local do CSF, o NASF exercia, de fato, esse apoio. Já as reuniões com a equipe NASF e com as EqRSF tinham o objetivo de planejamento das ações.

Com as EqRSF, essas reuniões tiveram um papel fundamental, visto que proporcionaram a avaliação das ações e a proposição de inovações na atuação e no cuidado compartilhado. Uma fragilidade da atuação da RMSFC foi o fato de essas reuniões só terem acontecido com certa frequência nos últimos meses de residência. Outra fragilidade do processo é a sobrecarga na agenda dos profissionais, dificultando a garantia desse turno de reunião. Entretanto, quando aconteceram, essas reuniões potencializaram muito a qualidade e a resolubilidade do trabalho.

As articulações intersetoriais e com a rede de saúde foram uma vertente importante do apoio institucional realizado pela RMSFC. Em relação à fisioterapia especificamente foram realizadas muitas articulações com a rede especializada de atenção fisioterapêutica, hospitais e com o CAPS. Acredita-se que o cuidado em saúde perpassa também essa articulação em rede, estabelecendo, na ESF, uma ferramenta de coordenação do cuidado⁵.

Quanto às ações de educação permanente, foram realizadas três oficinas temáticas. Uma dessas foi sobre Hanseníase e conduzida pela Fisioterapeuta e uma enfermeira. Também foram feitas duas oficinas sobre Acolhimento, demandada pelos profissionais do CSF.

Além disso, percebendo a necessidade de capacitação de muitos profissionais sobre temas básicos da ESF, foi organizado um curso sobre APS e ESF. Este curso foi ministrado pelos profissionais de nível superior das EqRSF, residentes e alguns convidados. Este curso teve o objetivo de discutir principalmente os princípios e diretrizes do SUS, a organização da ESF e o fazer de cada categoria profissional na ESF. Foram extremamente ricos esses encontros. Eles revelaram inclusive o desconhecimento de muitos profissionais sobre o seu local de trabalho e sobre as possibilidades de atuação dos colegas. Propor as mudanças necessárias ao processo de trabalho só seriam então efetivas com a implicação de todos os envolvidos. Mas como implicar-se sem conhecer? Esse alinhamento conceitual foi essencial na busca de uma melhor organização do trabalho na unidade de saúde.

Essas atividades aqui descritas tiveram grande importância na organização da agenda dos profissionais da RMSFC. Entretanto, assim como as atividades de apoio comunitário essa dimensão da prática em Saúde da Família não é valorizada pela gestão, nem pelos profissionais. Ações com esse caráter não chegam muitas vezes nem a ser contabilizadas no consolidado mensal dos profissionais.

4. Considerações finais

A Fisioterapia na ESF deve ter uma atuação generalista e abrangente, sendo capaz de organizar seu trabalho de acordo com as necessidades de saúde da população. Essa proximidade com a realidade cotidiana da população é o grande diferencial da ESF e, portanto, seu potencial de inovação e resolutividade. Para a prática fisioterapêutica, essa dimensão é essencial e deve expandir as fronteiras da profissão, acessando também saberes do campo comum da saúde.

As atividades desenvolvidas, as visitas domiciliares e os atendimentos individuais têm características diferentes do modelo tradicional de assistência à saúde, devendo ter um foco maior na promoção da saúde e no desenvolvimento da autonomia e da participação do sujeito no cuidado. Além disso, as atividades conjuntas superam quantitativamente as atividades individuais, definindo o perfil de atuação interprofissional do NASF. Essa tarefa, entretanto, não é fácil e enfrenta cotidianamente desafios relativos à interprofissionalidade, à gestão do trabalho e até mesmo à infraestrutura dos serviços.

A realização de ações comunitárias e de apoio institucional também tornam bastante peculiar a atuação do fisioterapeuta na ESF, exigindo uma redefinição de sua atuação tradicional. Esse movimento de recriação da prática também traz consigo inúmeros desafios relativos à formação profissional, à lógica dos serviços, à valorização e reconhecimento da Fisioterapia, à instituição da interprofissionalidade, e à organização política da categoria. No entanto, apenas com a concretização desses apoios – multidimensional, como apontamos e em direção à integralidade do cuidado – o trabalho na ESF alcançará de forma significativa os objetivos esperados quanto à promoção da saúde, participação comunitária e prevenção de agravos. Com o apoio a efetivas formas de ampliação do cuidado na APS que as situações endêmicas (como nas atuais epidemias de dengue e zica) e dos atuais agravos de saúde no país (doenças crônicas e causa externa) poderão se modificar paulatinamente.

5. Referências Bibliográficas

1. COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia/definição, 2005. <http://www.coffito.org.br/site/>
2. Rocha VM, Santos MLM, Ferrari FP, et al. Referenciais curriculares nacionais do curso de bacharelado em Fisioterapia (ABENFISIO). *Fisioter Bras*. 2010; 11(5), 9-11.
3. Trelha CS, Silva, DW, Lida LM, et al. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Espaço Saúde (Online)* 2007; 8(2), 20-5.
4. Santos MJ. Fisioterapia: da especialidade à integralidade. *Fisioter Pesqui* 2011; 18(2), 109.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev bras ciên saúde* 2012; 16(2), 113-122.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.
8. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349(3), 1-10.

9. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1), 87-93.
10. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* 2010; 126(3), 534-540.
11. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p.783-836.
12. Pontes RJS, Ramos Junior AN, Kerr LRS, et al. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: Medronho RA, Block KV, Luis RR, et al. (Org.). *Epidemiologia*. 2 ed. v 1. São Paulo: Atheneu, 2009.
13. Caprara A, Lima JWO, Peixoto ACR, et al. Entomological impact and social participation in Dengue Control: a cluster randomized trial in Fortaleza Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2015; 109, 99-105.
14. Gomes KWL, Caprara A, Gonçalves RP, et al. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. *Saúde debate* 2015; 39, 561-569.
15. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad saúde pública* 2007; 23(2), 399-407.
16. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo saúde* 2010; 34(1), 92-96.
17. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc saúde coletiva* 2010; 15 (suppl. 1), 1627-36.
18. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, et al. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev APS* 2011; 14(1), 111-9.
19. Silva DJ, Ros MAD. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc saúde coletiva* 2007; 12(6), 1673-81.
20. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=7
21. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006, 303-60.
22. Oliveira PRS, Pequeno ML, Ribeiro F. Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: o Apoio como ferramenta de reformulação das Práticas de Cuidado em Saúde. In: Barbosa RMR (Org.). *Pesquisas e intervenções psicossociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2012. p. 100-15.
23. Brasil. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões liberais. Resolução nº 424, de 3 de maio de 2013. Brasília: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2013.
24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
25. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais de Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública* 2012; 28(11), 2076-84.
26. Soares GMM, Bezerra MIC. Estratégias, possibilidades e conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Caso. *Rev fisioterapia saúde func.* 2014; 3(1), 45-52.
27. Costa JL, Pinho MA, Filgueiras MC, et al. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. *Rev ciência saúde* 2009; 2(1), 2-7.
28. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter mov* 2010; 23(2), 323-30.
29. Linhares JH, Pinto PD, Albuquerque IMN, et al. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE. *Cadernos ESP* 2010; 4(2), 32-41.
30. Oliveira PRS, Reis F, Arruda CAM, et al. Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza – CE. *Cadernos ESP* 2012; 6(1), 54-64.
31. Góis CWL. *Saúde Comunitária: pensar e fazer*. Aderaldo & Rothschild. São Paulo; 2008.

32. Ellery AEL, Pontes RJS, Loliola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis* (Rio J.) 2013; 23(2).

Artigo Recebido: 31.03.2016

Aprovado para publicação: xx.xx.20xx

Gisele Maria Melo Soares Arruda

Universidade Estadual do Ceará

Rua Nunes Valente, 1988, 1102A

CEP: 60125-035 Fortaleza, CE – Brasil

Email: giselemelosoares@gmail.com
