

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF)
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUIZA MONTEIRO BARROS

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE UMA FISIOTERAPEUTA DO NÚCLEO DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Camaçari

2017

LUIZA MONTEIRO BARROS

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE UMA FISIOTERAPEUTA DO NÚCLEO DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência submetido ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Janaína Santos de Siqueira

Camaçari

2017

LUIZA MONTEIRO BARROS

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE UMA FISIOTERAPEUTA DO NÚCLEO DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, Fundação Estatal de Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em 13 de Fevereiro de 2017

Janaína Santos de Siqueira- Orientadora _____
Especialista em Fisioterapia Hospitalar, EBMSP, Salvador Bahia
Especialista em Saúde da Família, Universidade de Brasília

Lana Mércia Santiago de Souza- Nutricionista _____

Carla César Fontes Leite –Fisioterapeuta _____

BARROS, Luiza Monteiro Barros. O Cuidado às Crianças com Microcefalia: Relato de Experiência de uma Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 25 f. il. 2017. Trabalho de Conclusão de Residência - Fundação Estatal de Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Camaçari, Bahia, 2017.

RESUMO

Este trabalho consiste em um estudo descritivo no formato de relato de experiência sobre o cuidado prestado a duas crianças com microcefalia enquanto fisioterapeuta do NASF de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A experiência transcorreu no período de Dezembro de 2015 a outubro de 2016 em uma Unidade Básica de Saúde na qual foi implantada recentemente a Estratégia de Saúde da Família, no município de Camaçari, Bahia. O relato foi apresentado a partir da análise das categorias temáticas “acolhimento e vínculo” e “responsabilização”. Esse trabalho possibilitou observar os desafios, fragilidades e potencialidades para garantir o cuidado integral às crianças com microcefalia e evidenciou a necessidade de se organizar o processo de trabalho para garantir espaços para Projeto Terapêutico Singular, consulta compartilhada e articulação de rede, assim como a importância de desenvolver uma postura ética, interdisciplinar e de responsabilização. Perceber todos esses elementos foi enriquecedor para compreender o papel do Fisioterapeuta no NASF.

Palavras-chaves: microcefalia; cuidado integral à criança; cuidado da criança; acolhimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCZ	Síndrome Congênita do Zika
SESAB	Secretaria de Saúde da Bahia
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 ACOLHIMENTO E VÍNCULO.....	12
5 RESPONSABILIZAÇÃO.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma malformação caracterizada pela diminuição do perímetro cefálico com prováveis alterações do Sistema Nervoso Central e no desenvolvimento normal da criança podendo ser congênita ou apresentar-se após o nascimento. Foi associada ao vírus Zika pela primeira vez no mundo em outubro de 2015, embora a infecção pelo vírus Zika tivesse sido relacionada a outras malformações do Sistema Nervoso Central. Atualmente é considerada uma alteração dentre outras da Síndrome Congênita do Zika (BRASIL, 2015; IPADS / JOHNSON & JOHNSON/ CONASEMS, 2016).

Os primeiros casos de microcefalia associados ao vírus Zika foram notificados inicialmente no estado de Pernambuco no Brasil, surgindo logo em seguida em outras cidades do Nordeste brasileiro. Em novembro de 2015, o Ministério da Saúde decretou estado de emergência nacional (portaria GM/MS nº 1.813 de 11/11/2015).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), a média anual nacional de crianças vivas nascidas com microcefalia no período de 2010 a 2014 era de 164 casos, já em 2015, essa média anual aumentou em 9 vezes, totalizando 1608 casos (MARINHO, 2016). A Organização Mundial de Saúde declarou a microcefalia e a infecção pelo vírus Zika como emergência de saúde pública de importância internacional no período de março a novembro de 2016. Até o início de abril/2016 foram confirmados 1113 casos dos 7015 notificados (BRASIL, 2015, 2016).

Na Bahia, entre 08/10/15 a 05/11/16, foram notificados um total de 1396 casos, sendo que 365 foram descartados, 346 foram confirmados e 685 estão em investigação. O cenário epidemiológico do município de Camaçari, onde surgiram os primeiros casos de infecção por Zika no estado da Bahia, mostra que dos 32 casos de microcefalia notificados, 6 foram descartados, 15 confirmados e 11 estavam em investigação (SUVISA-DIVEP, 2015, 2016).

Em Dezembro de 2015, profissionais das diversas áreas e departamentos do Ministério da Saúde, pesquisadores e secretarias de saúde de todo Brasil se reuniram para definir estratégias e ações para o enfrentamento à microcefalia relacionada ao vírus Zika. Como consequência o Governo lançou o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, sendo apresentado em Março de 2016 a terceira versão do Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia. Este instrumento tem o objetivo de orientar os profissionais da atenção à saúde quanto às ações de prevenção, saúde sexual e reprodutiva, atenção à gestante e puérpera e a assistência às crianças com microcefalia (BRASIL, 2016a).

Foram desenvolvidas também as “Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia” e o guia “A Estimulação Precoce na Atenção Básica”, com objetivos de orientar as equipes multiprofissionais da atenção básica como unidades básicas de Saúde (UBS), equipes de saúde da família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e atenção especializada para estimulação precoce dessas crianças (BRASIL, 2016b, 2016c).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como reorientadora do modelo de atenção à saúde e reorganizadora da atenção básica, está fundamentada no modelo de vigilância a saúde, abrangendo desde a prevenção de agravos, a promoção de saúde à reabilitação. Para sua operacionalização, faz uso de ferramentas tecnológicas leve-dura e leve, como apresentada por Merhy (1999). Estas operam-se em um processo de relações, no trabalho vivo em ato, nos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 1999).

A equipe de saúde da família tem responsabilidade sanitária pela população e pelo território adstrito, identificando riscos, necessidades, potencialidades e demandas. É porta de entrada preferencial do usuário e organizadora da rede de atenção à saúde, atuando como centro de comunicação entre os seus diferentes pontos. A ESF favorece o cuidado longitudinal e integral ao indivíduo ou coletivo, impactando na autonomia e na qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Para dar suporte no manejo e ampliar a resolutividade da ESF foi criado o NASF. Essa equipe multiprofissional tem como referencial teórico-metodológico o apoio matricial e portanto atua de forma integrada com as equipes de saúde da família, compartilhando práticas e saberes, possibilitando a prática de uma clínica ampliada (BRASIL, 2014). A integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, e o controle social constituem alguns dos princípios e diretrizes básicos que orientam o NASF (BRASIL, 2014).

Diante do surto epidêmico de microcefalia, a ESF e o NASF tem um papel primordial no acompanhamento às gestantes e às crianças o mais precoce possível, bem como ao território adstrito com ações de promoção a saúde e prevenção de agravos. É importante que as ações sejam pensadas de forma coparticipativa com outros atores e setores, realizando estratégias a curto, médio e longo prazo para atender as necessidades dessas crianças, famílias e comunidade (BRASIL, 2016c).

O fisioterapeuta do NASF deve desvincular-se da perspectiva essencialmente curativa e reabilitadora do seu processo de trabalho, reorientando sua prática a partir das diretrizes e princípios do SUS e dos atributos da atenção básica. Portanto, redimensiona seu

objeto de intervenção, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença (CUNHA, 2004; REZENDE, 2009).

No contexto da síndrome congênita do Zika (SCZ), o fisioterapeuta é um profissional capacitado para matriciar as equipes de saúde da família no atendimento às famílias. Esta intervenção pode contribuir para a identificação precoce de alterações relacionadas à SCZ e realização de encaminhamento seguro e qualificado na rede de atenção à saúde e intersetorial, sem reduzir a responsabilidade sanitária das equipes da atenção básica (BRASIL, 2016c; SESAB, 2016). Concomitantemente, o fisioterapeuta pode assistir e orientar diretamente às crianças e suas famílias, contribuindo para uma intervenção oportuna, conforme as tecnologias disponíveis na Atenção Básica.

O Departamento de Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em janeiro de 2016, lançou uma nota técnica que orienta atuação do NASF no cuidado às crianças com microcefalia. O documento ressalta a importância de organizar o fluxo na unidade de saúde da família (USF), realizar interconsultas e o planejamento de ações ativando outros setores e a rede de saúde. Além da atenção ao recém-nascido e estimulação precoce, a nota enfatiza a relevância da atenção à saúde da mulher no pré-natal, do cuidado familiar e inserção social (SESAB, 2016).

Entretanto, para desenvolver todas as ações projetadas para o cuidado às crianças com microcefalia, é imprescindível que o processo de trabalho nas USF's esteja estruturado para garantir o acesso aos serviços e o acolhimento, criando possibilidades para vinculação das famílias.

A produção do cuidado a partir do acolhimento, construído no trabalho vivo em ato e através do uso tecnologias leves, operacionalizada no contato trabalhador-usuário, através da escuta, interesse, alteridade e negociação, possibilita o desenvolvimento de afeto e vínculo, fundamentais para a responsabilização e compromisso (FEUERWERKER; MERHY, 2009). Quando o usuário procura a USF em situação de sofrimento ou vulnerabilidade é um momento em potencial para criação de vínculo com o profissional e equipe, possibilitando conhecer melhor sua história e a identificação do seu problema. Nesse sentido, o acolhimento permite a criação, acompanhamento e redefinição do projeto terapêutico e a potencialidade do modo de acolher influencia a criação de formas alternativas para se resolver um problema (MATUMOTO, 1998; BRASIL, 2013).

A microcefalia e a SCZ são condições que causam grandes repercussões para a condição de saúde das crianças e impacto familiar. Neste cenário, os fisioterapeutas que

atuam na atenção básica tem sido apontados como profissionais fundamentais para o manejo dos casos. Um relato da experiência de uma fisioterapeuta no cuidado destas crianças, ultrapassando as ações estritamente ligadas à estimulação precoce e utilizando as ferramentas e tecnologias da atenção básica, pode contribuir para disseminação de práticas que visem à atenção integral às crianças com microcefalia e suas famílias. Além disso, pode dar visibilidade, as fragilidades e potencialidades do acolhimento, do vínculo, bem como da responsabilização das equipes de saúde, essenciais para a produção qualificada do cuidado.

Este relato é produto da minha experiência enquanto fisioterapeuta do NASF, durante a residência nos anos de 2015 e 2016, no município de Camaçari, na Bahia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência no cuidado à criança com microcefalia na Estratégia de Saúde da Família enquanto fisioterapeuta do NASF com ênfase no acolhimento, vínculo e responsabilização das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evidenciar as fragilidades e potencialidades do trabalho em saúde para o acolhimento e vinculação das famílias de crianças com microcefalia.
- Descrever os desafios na responsabilização e continuidade do cuidado às crianças com microcefalia na Estratégia de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo descritivo no formato de relato de experiência sobre o cuidado prestado a duas crianças com microcefalia, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), enquanto fisioterapeuta do NASF de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de pós-graduação caracterizada pelo ensino em serviço. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é composta por Enfermeiros, Odontólogos, Fisioterapeutas, Professores de Educação Física, Nutricionistas e Sanitaristas, os quais vivenciam a prática na atenção básica no município de Camaçari, estado da Bahia, Brasil.

Durante o primeiro ano de residência, o campo de práticas consiste em Unidades de Saúde da Família. A partir do segundo ano iniciam-se os estágios optativos e eletivos em diversos serviços da rede de saúde.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS), o município possui trinta e quatro USF's distribuídas em oito regiões de saúde. Na região quatro, onde se encontram os residentes, existem cinco USF's. Uma das unidades foi implantada com a chegada da Residência e a outra, que já existia como Unidade Básica de Saúde (UBS), passou pelo processo de transição de modelo tradicional para Estratégia de Saúde da Família.

A experiência relatada ocorreu no período de Dezembro de 2015 a Outubro de 2016, na recente USF, que atende uma população de 12.785 pessoas. Compõe-na quatro equipes de Saúde da Família (eSF), dispondo de uma enfermeira por equipe, três médicos, sendo um desses a referência para duas equipes, dois dentistas para quatro equipes e doze agentes comunitários de saúde, além de técnicos de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) recebem suporte de uma equipe do NASF composta por dois profissionais, um do primeiro ano e um do segundo ano da residência para cada categoria profissional contemplada: Nutrição, Fisioterapia e Educação Física. A equipe do NASF dá suporte apenas às equipes dessa Unidade de Saúde da Família.

A experiência no cuidado às crianças com microcefalia é apresentada a partir da análise das categorias temáticas “acolhimento e vínculo” e “responsabilização” como elementos essenciais para o trabalho em saúde e para o cuidado integral

4 ACOLHIMENTO E VÍNCULO

O acolhimento que realizei, como fisioterapeuta, à criança com microcefalia ocorreu de forma imprevista. Embora eu não estivesse escalada para o acolhimento daquele dia, assumi, como de hábito, uma atitude receptiva e atenta quando em circulação nos diferentes espaços da unidade de saúde da família. Chamou-me atenção uma senhora com uma criança no colo sentada no auditório, um espaço amplo onde, no início da manhã, organizava-se o fluxo dos usuários que aguardavam para serem escutados. Fiquei curiosa e aproximei-me, observando em seguida que a criança apresentava microcefalia. Abordei a cuidadora, que me respondeu estar de saída, pois o serviço que procurava não se encontrava disponível. Encaminhara-se à unidade apenas para realização do cartão do SUS para a criança.

Esse primeiro encontro impressionou-me, imaginei que se eu não a tivesse notado, possivelmente a usuária retornaria a casa sem resposta para seu pedido, assim como teriam sido ignoradas as ações indicadas para atenção à saúde da criança. O meu interesse proporcionou resolver sua demanda inicial e atender a outras necessidades implícitas. Estas provavelmente não teriam sido identificadas, pois nem sempre nos disponibilizamos para aprofundar a comunicação e o interesse pelo usuário. Preocupei-me ao pensar que uma questão burocrática que em uma primeira vista poderia ter disparado o cuidado a partir de uma postura acolhedora, interferira de forma negativa, atrasando as ações necessárias pertinentes ao cuidado da criança e direitos da família.

O acolhimento consiste no ato de acolher, realizar uma escuta qualificada, valorizando o sujeito, identificando suas demandas e as necessidades que estão implícitas. Esse processo relacional permite ao profissional intervir de forma a resolver juntamente com o usuário o seu problema de saúde, incentivando sua autonomia. Conseqüentemente, a construção do vínculo profissional-usuário e o desenvolvimento de afeto a partir do acolhimento incidem de forma positiva no processo terapêutico (ASSIS et al., 2010).

No contexto desta Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o NASF participa da escala do acolhimento, assegurando esse momento na agenda em um ou dois turnos na semana. Franco (1999) afirma que para acontecer o acolhimento independe do profissional, espaço, tempo e apresenta como alicerce do acolhimento a qualificação da relação trabalhador-usuários, a partir de um postura ética e de parâmetros humanitários e de cidadania. É fundamental uma qualificação dos profissionais para que desenvolvam habilidades de atender, escutar, dialogar, orientar, tomar decisões (MERHY, 2004).

Desde a implantação do acolhimento na USF, tive a oportunidade de escutar a demanda de muitos usuários e comprovar que a forma como nós profissionais os enxergamos e apreendemos a sua realidade interfere na sua confiança. A resposta positiva nem sempre é possível, mas ao acolher com afeto e escuta, motiva o indivíduo a sentir-se protagonista da sua história. Considero, portanto, esse encontro como um primeiro “remédio” para o indivíduo, sem contar com a satisfação que sinto pelo reconhecimento do usuário do encontro de qualidade, independentemente de ter a resposta ou não para o seu problema.

Merhy (1998) afirma que nesse encontro de trabalhador com o usuário, realizado por qualquer trabalhador, existe uma dimensão individual do trabalho em saúde, que perpassa nos saberes profissionais, na subjetividade que incorporam no modo de representar o processo saúde-doença. O trabalhador como agente da ação de saúde definirá o modo de relacionar-se a partir de valores morais e éticos, social e historicamente determinados, assim como da influência de fatores referentes ao processo de trabalho em saúde.

Motivada por princípios como acessibilidade, integralidade, equidade, procurei dialogar com o servidor do setor para que tivesse a flexibilidade e sensibilidade para resolver aquela situação, uma vez que estava de acordo com a oferta do serviço. Os encaminhamentos realizados, mas principalmente a atenção, interesse e disponibilidade dispensados por mim e por outros trabalhadores que se envolveram nesse dia, favoreceram a construção de uma relação de confiança com essa família.

Estive por alguns instantes com a atenção voltada para a cuidadora, observava sua preocupação com a criança, mas era perceptível sua insegurança e o despreparo diante do quadro de alterações da microcefalia. Com certa ansiedade, eu tentava dar algumas orientações sobre formas de segurá-la, alimentá-la, da importância do afeto, porém fui percebendo que ela não conseguia apreender todas aquelas informações. Modulei minhas emoções e combinamos com a equipe seu retorno em breve à unidade para que pudessemos juntos pensar na construção do cuidado a essa criança e sua família.

Fiquei muito satisfeita com essas primeiras intervenções. Quando um ato de saúde alcança sua resolubilidade e desenvolve a autonomia do usuário, produz satisfação tanto para o usuário como para o trabalhador, mas quando a necessidade de saúde, o sofrimento do outro, é visto com o olhar limitado, centrado em procedimentos ou não é visto, limitado pelo acesso, gera insatisfação ao usuário dificultando o vínculo (MERHY, 2004). Essa insatisfação pude perceber ao conhecer a próxima família e sua criança com microcefalia.

A experiência com essa segunda criança levou-me a refletir sobre a qualidade dos meus encontros e como vinha desenvolvendo a produção do cuidado na USF. Depois de um encaminhamento por um profissional de uma USF, que não era a unidade de referência dessa família, fiz uma busca ativa e tive oportunidade de conhecer aquela história. O que mais me afetou foi saber das dificuldades enfrentadas, dos diferentes momentos que estive na USF e não foi acolhida, relatando dificuldade de acesso institucional. Ouvi-la contar como foram esses momentos que tentou acessar a USF foi constrangedor. Coloquei minhas desculpas e senti-me também responsável. Busquei relembrar se já tinha visto aquela senhora e comecei a pensar quantas vezes aprofundi meu interesse pelo usuário ou deixei passar, apenas respondendo gentilmente que não tinha o serviço desejado, diante do grande fluxo de demanda espontânea.

Essa reflexão me fez compreender que acolher não se limita a receber bem e realizar uma escuta atenciosa. Vai além de uma resposta educada, uma triagem qualificada ou uma simples orientação. Matumoto (1998) elucida muito bem o acolhimento quando afirma que embora inicie com o ato de acolher, o que realmente vai definir sua essência é o que esse encontro fomentará em atos de cuidado e trabalho em saúde para assistir a esse usuário de forma integral e continuada.

O Acolhimento nessa USF foi a estratégia priorizada na implantação da ESF e a mais discutida nos encontros dos trabalhadores. Foram desenvolvidas várias modelagens visando o aprimoramento dos fluxos na USF para atender a demanda elevada de usuários. Em um segundo momento, ocorreu a qualificação deste processo, buscando efetivar o acolhimento através da produção de vínculos e responsabilização. Esse processo ainda está em andamento e a nossa subjetividade, postura ética e o uso que fazemos das tecnologias leves incidem nessa efetividade (MERHY, 2004).

O profissional do NASF, ao fazer parte do acolhimento, entra em contato direto com o usuário, antes mesmo de um profissional da equipe de saúde da família. Neste contexto, coloca-se em uma posição de “porta de entrada”, divergindo do que é preconizado para o NASF em documentos oficiais. Depois de me envolver nesse processo relacional foi automático assumir uma posição de responsável, demonstrando o quanto esse primeiro momento é crucial para desencadear todo o cuidado. É fundamental que os casos do acolhimento feitos pelos profissionais do NASF sejam compartilhados com a eSF para que esta se responsabilize e coordene o cuidado.

5 RESPONSABILIZAÇÃO

O encontro com as crianças e cuidadoras incitou em mim a necessidade de agir com presteza, diante da singularidade das duas situações, e pelo conhecimento da importância de atuar o mais precoce para potencializar o desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) no primeiro ano de vida. Maria-Mengel e Linhares (2007) enfatizam como o acolhimento e o cuidado às crianças e a suas famílias influenciam positivamente nos primeiros anos de vida. Essa fase de maior plasticidade neural e de formação das habilidades primordiais proporciona favorecendo um desenvolvimento com flexibilidade e amplitude nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem.

A primeira abordagem que fiz foi orientar as cuidadoras sobre a importância da criação do vínculo entre a criança e a família através do afeto e do ambiente para o crescimento da criança. É fundamental disponibilizar recursos para que os cuidadores entendam como se relacionar de maneira satisfatória com a criança com deficiência. Com base na teoria de Winnicott, o ambiente e a relação interpessoal são importantes para o desenvolvimento de um ser humano saudável (ANAUATE; AMIRALIAN, 2007). Assim, proporcionar às crianças com microcefalia uma relação com o ambiente e as pessoas de forma adequada e autêntica, possibilita que tomem conhecimento de si, do outro e da realidade. A função materna, exercida pelo primeiro cuidador, que nem sempre é a genitora, deverá suprir as necessidades do outro e propiciar meios para que a criança se desenvolva plenamente (ANAUATE; AMIRALIAN, 2007).

Essas primeiras intervenções fizeram com que as famílias criassem um vínculo maior comigo, embora tivessem acessado a enfermeira, a assistente social da USF e a nutricionista do NASF. O vínculo é um dos principais objetivos da ESF, significa estabelecer uma ligação afetiva usuário-profissional próxima, estável, a ponto de gerar uma sensibilização e compromisso pelo outro, facilitando o acesso para as intervenções do cuidado (ASSIS ., 2010). Segundo Campos (2007), a construção do vínculo vai depender de quanto a equipe consegue responsabilizar-se pela saúde da população, comprometendo-se com seu acompanhamento e estimulando seu protagonismo.

A equipe de saúde da família é a referência e responsável pela coordenação do cuidado dos casos individuais, familiares e comunitários. A responsabilidade sanitária do NASF é complementar à das equipes favorecendo ações integradas e abrangentes e não atos

profissionais exclusivos, também não significa anular os saberes específicos do núcleo¹¹. Independente da ação, se será feita só pelo NASF, pela equipe ou integrada, essa deve ser pactuada conjuntamente para uma produção do cuidado com qualidade (BRASIL, 2012).

Como fisioterapeuta do NASF, apesar da experiência pregressa com crianças com deficiência e em equipe multiprofissional, percebo que prevalece uma postura de núcleo¹, pertinente em algumas situações, mas que pode se caracterizar como uma forma centralizada de atuar, sem pactuar as decisões. Essa forma de operar compromete a qualidade da intervenção em saúde por não proporcionar a ampliação do conhecimento com os saberes e práticas das outras profissões. Também, as fragilidades na organização do processo de trabalho não propiciaram uma discussão prévia das ações a serem desenvolvidas no caso, levando à algumas decisões isoladas que foram compartilhadas posteriormente, corroborando a dificuldade da equipe de se responsabilizar.

Após as orientações iniciais, o encaminhamento foi começar o quanto antes as sessões de intervenção oportuna na unidade, mais conhecida por estimulação precoce. Essa decisão não foi discutida com a equipe, porém sendo algo necessário, comuniquei ao NASF e a eSF. A nota técnica da SESAB para o NASF no cuidado às crianças com microcefalia considera que essa equipe multiprofissional especializada tem uma ação central na estimulação precoce. Quando necessário, o atendimento individual específico deve ser realizado por seus profissionais, com destaque para Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos, que compõem o núcleo de conhecimento e procedimentos em habilitação/reabilitação (SESAB, 2016).

Embora, como fisioterapeuta, organizei a intervenção às crianças, compreendia a relevância de compartilhar o conhecimento para ampliar a clínica e a resolutividade. Assim, durante os atendimentos de estimulação precoce, tínhamos pelo menos a presença de um outro profissional do NASF e um da equipe de Saúde da Família. Ao final, conseguíamos discutir o que foi observado, porém de forma superficial.

O atendimento compartilhado é uma intervenção comum no trabalho do NASF. A equipe solicita o apoio do profissional do NASF durante uma consulta e esse profissional tem a oportunidade de conhecer o usuário e familiar. Segundo o Caderno de Atenção Básica do NASF, tais atendimentos servem a vários propósitos:

¹ O núcleo - um conjunto de conhecimento que caracteriza a identidade de uma área de saber e de prática profissional (CAMPOS, 2000)

Fortalece o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família e agora com os profissionais do NASF; facilita a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permite a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilita ao apoiador contato com a realidade do paciente sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita (BRASIL, 2014, p 82).

A consulta compartilhada, que consistia nas sessões de estimulação precoce, era um espaço em potencial para o matriciamento. Nesse momento podíamos observar a criança com microcefalia, sustentá-la, facilitá-la nos movimentos e na interação com o meio e com os jogos, incentivá-la no sentido de si mesmo e no interesse pelo outro. Dar espaço à criança para expressar-se livremente nos permite “decifrá-la” e ajudar a família nessa relação.

Como fisioterapeuta considere que um importante momento de matriciamento para os outros profissionais foi durante o manejo dos momentos de irritabilidade, muito comum a essas crianças, procurando acalmá-las com a fala específica usada pelas cuidadoras, com o *holding* físico e psíquico, tentando organizá-las nas sensações, assim como observar o gosto musical e suas reações, melhorado a interação com o ambiente naquele momento.

Sentia-me muito estimulada e realizada, esse processo de intervenção é um espaço de troca, onde aprendo com as crianças, mas sentia também um certo receio por estar trabalhando em uma situação desconhecida, pois essas crianças, além da microcefalia, podem apresentar outras alterações associadas à SCZ.

Além do mais, a consulta compartilhada nem sempre é compreendida como uma oportunidade relevante para desenvolver uma clínica ampliada. A presença da equipe multiprofissional do NASF na Unidade de Saúde da Família e a grande quantidade de usuários que ocupam a agenda das eSF, levam esses profissionais a enxergarem o NASF como o apoio para a clínica, para aliviar a sobrecarga da agenda e resolver os casos específicos que ultrapassem o seu conhecimento. Dessa forma, percebo que as ações do NASF do âmbito técnico-pedagógico são desvalorizadas. Essa experiência mostrou-me a necessidade de organização de um momento para expor o tema da microcefalia e da criança com deficiência na USF. Embora tivesse sido um momento dialógico produtivo, as demandas provenientes do acolhimento no turno destinado à atividade, dentre outros fatores, dificultaram a participação integral dos profissionais.

Em casos complexos como o destas crianças, é imprescindível a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de um instrumento indicado na organização do cuidado, através da discussão e articulação de vários profissionais para identificar as necessidades do usuário, respeitando a sua singularidade, realizar um diagnóstico e definir condutas terapêuticas individuais e coletivas pactuadas com a família. Nestes casos, deve

abordar a inserção e participação destas crianças com deficiência na comunidade. O PTS possibilita uma maior eficácia do tratamento ao estimular o vínculo e a corresponsabilização (BRASIL, 2012).

As equipes não chegaram a realizar o PTS nos casos experienciados. Traçamos ações de forma não sistematizada e sem dividir as responsabilidades entre os membros da equipe, incluindo o NASF. Assim, o vínculo principal com as famílias continuou comigo e me senti a coordenadora do cuidado nos casos.

Outra intervenção realizada foi a visita domiciliar (VD). A VD é uma ferramenta que proporciona criar ou fortalecer o vínculo, ampliar a compreensão sobre as condições de vida da família, sobre a dinâmica familiar e o seu contexto socioeconômico e cultural (BRASIL, 2012). Um dos objetivos da visita foi identificar possibilidades, junto com os familiares, de otimizar o ambiente para estimular e tornar o mais saudável e seguro à criança, assim como compreender as angústias e dificuldades da família.

Adentrar na casa de uma família nem sempre é fácil para o familiar e para mim é algo imprevisível. Impressionaram-me as condições de moradia e a restrição do espaço de uma das casas. Conhecer aquele ambiente e um pouco da dinâmica familiar permitiu-me identificar situações de riscos e vulnerabilidades. Ao ampliar o olhar para cada componente da família, pude enxergar uma situação ainda mais complexa. Nessas famílias convivem as incertezas, as inseguranças, as dificuldades sócio-econômicas, o preconceito, a falta de informação e problemas de saúde de outros componentes do núcleo familiar. Consegui, também, colher informações sobre a rede de apoio de cada família. Esse momento permitiu-nos pactuar algumas ações. Procurei estimular protagonismo da cuidadora, pensando como melhorar a qualidade de vida da família.

Para a visita domiciliar não houve um planejamento com a equipe devido a falta de organização do processo de trabalho. Como tinha claro o objetivo, comuniquei aos profissionais de referência e realizei-a com um profissional do NASF de outra categoria. Considero que foi um momento enriquecedor, ao constatar que cada sujeito ali presente teve algo importante a acrescentar. Compartilhar os saberes e as experiências, as colocações do colega, somadas com as minhas orientações e com as percepções e vivências dos familiares contribuíram para ampliar, ainda mais, o meu olhar sobre o significado de produzir saúde.

Nesse período, preocupou-me o atraso no início das sessões de estimulação precoce no centro de reabilitação, devido à falta de condições estruturais e logísticas temporárias. Diante dessa situação, questionava-me sobre o pouco diálogo entre a atenção básica e a especializada. Imaginava que profissionais especializados poderiam procurar os

profissionais da ESF para que juntos pensássemos como organizar as ações para assistir às crianças naquele momento. A abordagem no âmbito da prática ambulatorial, da média complexidade, apresenta ainda uma visão fragmentada do cuidado em saúde, e cabe à atenção básica assumir o seu papel de ordenadora da rede de atenção à saúde, sem eximir a corresponsabilidade dos demais pontos da atenção.

Pensando na integralidade da atenção à saúde no âmbito da organização dos serviços, o Ministério da Saúde propõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia para minimizar a fragmentação do cuidado. A Política Nacional de Humanização apresenta a construção da rede como indispensável para obter respostas para enfrentar o processo de adoecimento. A portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, apresenta como uma das diretrizes a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2009, 2012).

Para que os processos de atenção e gestão sejam resolutivos e ofereçam a integralidade é necessário uma interação entre serviços com uma comunicação ampliada e qualificada. O NASF deve estar apto para produção dessa rede de cuidado sendo articulador entre as equipes da atenção básica e os demais serviços de saúde e outros setores, e desse modo facilitar a coordenação e continuidade do cuidado pelos profissionais da equipe de saúde da família (BRASIL, 2009, 2012).

Considero um grande desafio a construção de uma rede e linha de cuidado que garanta uma atenção integral a criança com deficiência. No contexto da experiência vivenciada, observamos que coexiste a falta de serviços especializados, a pouca visibilidade no território a respeito da pessoa com deficiência, pouca articulação entre setor saúde e outros como educação e cultura.

Além da existência de serviços para que a RAS funcione, um outro elemento que permitirá efetivá-la é a conexão entre os serviços através da interação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção, estimulando uma corresponsabilização pelo cuidado. Uma postura profissional comprometida, determinada, com investimento de energia e persistência é necessária para que se consiga concretizar essa rede de cuidado (BRASIL, 2009).

Quando conheci as famílias das crianças com microcefalia, elas já tinham o encaminhamento para procurar o centro de reabilitação, precisei apenas orientá-las melhor. Entendendo a relevância de acompanhar esses casos de perto, fiz algumas tentativas de articulação com a atenção especializada. A primeira foi comunicando a intenção de participar dos atendimentos de estimulação precoce com as profissionais do centro de reabilitação,

porém não foi viável realizá-la. Outras potentes oportunidades de contato com o setor especializado foi quando iniciaram os estágios optativos dos residentes do segundo ano.

Tivemos alguns encontros, procurei dialogar diretamente com um profissional do Centro de Reabilitação com o objetivo de iniciar uma articulação entre atenção básica e a especializada. Tinha a intenção de discutir as estratégias para garantir o cuidado integral a essas crianças e buscar soluções para um dos casos em que a cuidadora estava tendo dificuldades de aderir aos tratamentos.

Os encontros permitiram de forma incipiente abordar os desafios do cuidado à criança com microcefalia, identificar as fragilidades da rede para dar conta às necessidades e pensar soluções para amenizá-las. Durante o estágio de alguns residentes do segundo ano, no serviço de reabilitação especializado, foi construído um fluxograma analisador de uma das crianças de microcefalia, que demonstrou um resultado satisfatório da assistência nos diferentes serviços.

Essa experiência mostrou-me a complexidade para se construir uma RAS, mas também me fez entender o conceito de “rede viva”, que consiste em uma conexão dinâmica, viva, imprevisível e singular a cada caso, que se encontra com outras redes tecidas pelos próprios usuários (MERHY, 2014). Vivenciei algumas barreiras para a articulação com outro serviço, como a dificuldade de acessar os profissionais, a falta de momentos para compartilhar os casos entre as diversas equipes e a diferença de perspectivas sobre a produção do cuidado de cada profissional.

Acompanhei os itinerários dessas crianças. Foi uma satisfação ver a mobilização de uma das cuidadoras para viabilizar meios de acessar serviços e ações disponíveis para que a criança possa se desenvolver bem, porém notei uma desorganização dessa linha de cuidado, uma redundância entre serviços e profissionais, chegando a acessar profissionais de uma mesma especialidade que não compartilhavam o caso entre si.

Percebi que a outra família teve dificuldades em aderir e frequentar os tratamentos orientados para a criança, assim como no manejo dos problemas de saúde que se apresentaram. Isto atrapalhou o acompanhamento longitudinal, a evolução do quadro clínico e o desenvolvimento neuropsicomotor. A mudança de endereço foi um outro fator que dificultou esse acompanhamento. Embora o caso tenha sido compartilhado com uma profissional da nova unidade de referência, até onde pude acompanhar, a família da criança ainda estava em processo de vinculação com a equipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros casos de infecção pelo vírus Zika no Brasil, surgiram no município de Camaçari. Considerando esse fato e a situação epidemiológica que mostrava um surto de microcefalia ligada a esse vírus, imaginei que provavelmente chegariam na USF casos de criança com microcefalia e isso exigiria uma atuação para o cuidado principalmente do Fisioterapeuta. Porém, foi somente com a chegada das crianças que realmente pude perceber os reais desafios para produzir cuidado.

Para enfrentar esse surto e a infecção pelo vírus Zika é necessária uma organização dos diversos setores e da gestão. Um surto de microcefalia causado por uma infecção que tem um inseto como vetor, mostra a fragilidade em ações entre diferentes setores para prevenção. A atenção básica tem papel primordial nas ações de combate ao vetor, no acompanhamento da gestante e habilitação da criança. Portanto, atua desde as ações de vigilância a prevenção de agravos, promoção a saúde e reabilitação.

Essa experiência me permitiu refletir sobre o entendimento de saúde, o processo de trabalho em saúde, assim como a postura ética dos profissionais da estratégia de saúde da família. Deste modo, acredito que um modelo de atenção à saúde que considere as várias dimensões do processo saúde-doença e trabalhe com ações integradas e interdisciplinares vai impactar positivamente na produção de saúde e qualidade de vida.

Sobre o cuidado com as crianças com microcefalia, compreendi a importância de garantir um crescimento saudável, otimizar o DNPM e de forma intersetorial estimular a sociedade a adequar-se para a inserção e participação social dessas pessoas. Embora tenha ocorrido intervenções para estimular o desenvolvimento da criança, as ações com os diferentes setores não chegaram a ser discutidas.

Esse relato apresentado proporcionou-me observar como o uso das tecnologias leves operacionalizadas durante o “trabalho vivo” em ato, desde o acolhimento até a construção de uma rede de atenção à saúde incidem na continuidade e na efetividade do cuidado.

O acolhimento foi crucial para desencadear toda a trajetória de assistência à criança com microcefalia na experiência relatada. Embora tivesse favorecido a formação de vínculo, percebo que essa ligação foi feita comigo e não com a equipe de Saúde da Família e com a USF. Os laços relacionais devem concretizar-se com a Unidade de Saúde da Família, ultrapassando a relação profissional-usuário. Isto é ainda mais necessário em situações de rotatividade do profissional como no contexto da Residência.

Foi possível constatar, também, como a ausência do acolhimento pode dificultar o acesso ao cuidado, gerando repercussões negativas no quadro clínico da criança e na qualidade de vida de sua família. É importante que nós profissionais tenhamos uma postura receptiva, interessada, com valorização do sujeito. Garantir momentos para o compartilhamento dos casos acolhidos pelo profissional do NASF, de preferência no mesmo dia do acolhimento, é imprescindível para que a eSF assuma a responsabilidade na coordenação do cuidado.

Preservar horários na agenda para discussão dos casos, consulta compartilhada e construção dos PTS com essas famílias possibilitaria visualizar as potencialidades e fragilidades no cuidado a essas crianças, dividir as responsabilidades sem sobrecarregar nenhum profissional, além de ampliar o olhar a partir do matriciamento e da troca de saberes e experiências.

A grande quantidade de usuários e a dificuldade de classificar as prioridades acabam sobrecarregando a agenda e prejudicando a realização de reuniões. Portanto, um acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, considerando os diferentes condicionantes do processo saúde-doença, pode amenizar esse problema.

Essa reorganização também deve contemplar a articulação entre os pontos da rede de saúde, assim como sua conexão com as diversas redes tecidas pelo usuário. A participação nesses espaços através de uma comunicação permanente e horizontal entre os diversos atores favorece a produção de um cuidado integral.

Vivenciar e relatar essa experiência contribuiu muito para minha formação como Fisioterapeuta Residente. As reflexões me fizeram apreender o potencial de trabalhar como Fisioterapeuta no NASF e na ESF.

O cuidado às crianças com microcefalia mostrou-me a importância de trabalhar com as tecnologias leves congregadas com a organização do processo de trabalho, a corresponsabilização, o planejamento e as pactuações das ações de forma integrada e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ASSIS, MMA, et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários e olhares**. Salvador: EDUFBA, 2010.

ANAUATE, C.; AMIRALIAN, M. L. T. M. **A importância da intervenção precoce com pais de bebês que nascem com alguma deficiência**, Educar, Curitiba, Editora UFPR n. 30, p. 197-210, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia** . Brasília, 2016b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no contexto da síndrome congênita por Zika**. Brasília, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v.1. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica; n.28, v.1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde**. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fevereiro, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 08/02/2017

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2004.

FEUERWERKER, L. C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

IPADS / JOHNSON & JOHNSON/ CONASEMS. **Manual técnico laboratório de formação do trabalhador de saúde n contexto do zika vírus.** 2016.

JUNIOR, JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010.

MARIA-MENGEL MRS, LINHARES MBM. **Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil.** Rev Latino-am Enfermagem, Setembro-Outubro, 2007

MARINHO, F. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2016

MATUMOTO S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MEHRY, E. E. et al. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, nº 52, p153-164, Outubro 2014.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MERHY, E.E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

PEREIRA, TTSO e et al. **O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco.** Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.

REZENDE, M. de e at al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do Fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1403-1410, 2009.

SESAU, DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, Camaçari 2014.

SUVISA-DIVEP, SESAB. Informe Epidemiológico da Microcefalia e outras alterações do SNC sugestivas de infecção congênita, Bahia, 11 de Janeiro 2016.
http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/Informe%20Epidemiologico%2011_01_16.pdf. Acesso em: 16/01/2017.

SUVISA-DIVEP, SESAB. Situação epidemiológica da dengue, chikungunya e zika. Bahia. 7 de Julho de 2015.

<http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20N012015_DENG_CHIK_ZIKA_1.pdf> Acesso em: 16/01/2017.