

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAÍLA DOS SANTOS FREIRE

**A FISIOTERAPIA E SEUS DESAFIOS NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA
ATUAÇÃO EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Camaçari-BA
2017

DAÍLA DOS SANTOS FREIRE

**A FISIOTERAPIA E SEUS DESAFIOS NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA
ATUAÇÃO EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Família da Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz, como requisito necessário para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Especialista Janaína Santos de Siqueira.

Camaçari-BA
2017

DAÍLA DOS SANTOS FREIRE

A FISIOTERAPIA E SEUS DESAFIOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA ATUAÇÃO EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Relato de experiência apresentado como requisito necessário para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2017.

Janaína Santos de Siqueira – Orientadora _____
Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília (UNB)
Especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Marcio Costa de Souza-Examinador convidado _____
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UESF).
Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia nas disciplinas Programa de Integração Academia Serviço-Comunidade, Epidemiologia e metodologia Científica.

Joana Danielle Brandão Carneiro – Membro do Corpo Pedagógico _____
Especialista em Saúde da Família na Modalidade Residência.
Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

FREIRE, Daíla dos Santos. A fisioterapia e seus desafios no contexto da atenção primária: um relato de experiência a partir da atuação em uma residência multiprofissional em saúde da família. Relato de experiência (Especialização) – Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz, Camaçari, 2017.

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de relatar os desafios vivenciados como fisioterapeuta do NASF a partir da experiência em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência pautado na vivência de uma profissional de fisioterapia da primeira turma do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade FESF/FIOCRUZ. A residente foi alocada em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família vinculado a duas Unidades de Saúde da Família (USF). A experiência relatada ocorreu no período de março de 2015 a janeiro de 2017. A sistematização da experiência na RMSF aconteceu a partir do levantamento dos desafios na atuação como fisioterapeuta na APS em quatro categorias de análise: “Apoio Matricial”, “Agenda”, “Rede de Atenção à Saúde” e “Formação em Fisioterapia”. O apoio matricial é a principal ferramenta que norteia o trabalho do NASF. Tem como objetivos assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais dentro da saúde, que vai desde o suporte assistencial ao técnico/pedagógico. Houve uma valorização das atividades compartilhadas por profissionais do NASF e das equipes de saúde da família, fazendo com que as ações específicas de categorias recebessem cada vez menos espaço na agenda. Diante das necessidades apresentadas era preciso acionar os centros especializados em reabilitação, responsável por dar suporte clínico assistencial e técnico pedagógico a Atenção Primária à Saúde (APS). A formação em fisioterapia deve direcionar o ensino para tornar o profissional apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Mas o que se observa ainda é um processo de formação ligada ao modelo biomédico. Muitos são os desafios encontrados por fisioterapeutas dentro da APS, e muitos desses desafios se devem a uma formação que ainda direciona suas práticas para a reabilitação. O fisioterapeuta na APS deve ter a habilidade para gerenciar a sua agenda favorecendo o trabalho coletivo e valorizando a potencialidade de cada categoria, assim como o dialogar com a rede de atenção à saúde, para garantir a integralidade do cuidado. Neste cenário complexo, onde são colocadas diversas possibilidades de atuação, a participação em um RMSF é muito importante para compreensão sobre o fazer do fisioterapeuta na APS. A inserção em um processo de residência se torna essencial na formação, possibilitando outro olhar sobre o cuidado e necessidades do indivíduo, levando em consideração não apenas o acometimento físico do sujeito, mas todo o contexto a sua volta.

Palavras-chaves: Fisioterapia, Atenção Primária, NASF, Apoio Matricial, Rede de reabilitação, Formação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
OBJETIVO	6
METODOLOGIA	6
DESENVOLVIMENTO	7
<i>A descoberta de um novo fazer: Apoio matricial</i>	8
<i>Agenda e suas complexidades</i>	9
<i>Dois pontos de uma Rede que não se conecta</i>	10
<i>(Des) Caminhos em uma formação e seus impactos no trabalho na APS</i>	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	15

INTRODUÇÃO

A fisioterapia surgiu como uma especialidade com o propósito de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva. Nesse contexto, a fisioterapia é idealizada como ocupação ligada exclusivamente à reabilitação (BISPO JUNIOR, 2013).

Em fevereiro de 1978, o COFITTO, aprovou as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta que, refletindo o movimento da saúde então vigente, definiu como atos desse profissional, “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (BRASIL, 1978).

Um marco que contribuiu na modificação do perfil deste profissional foi à criação do Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de reorientar a Atenção Primária em Saúde (APS), reorganizando a prática assistencial de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo a fisioterapia não sendo uma categoria obrigatória para o programa, a sua criação impulsionou a conformação de práticas profissionais mais condizentes com as demandas da saúde coletiva. Desta forma, favoreceu a transformação de um modelo limitado aos procedimentos que visavam à reabilitação, assumindo um papel decisivo para garantia de qualidade de vida à população (RODRIGUEZ, 2010).

Outro dois marcos foram extremamente importantes para a inserção da categoria na (APS): a aprovação da Política Nacional de Saúde Funcional em 2007 na 13ª Conferência Nacional de Saúde e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, quando foi concretizada a inserção da fisioterapia na atenção básica (BRASIL, 2008).

O NASF consiste em equipes multiprofissionais, compostas por categorias selecionadas mediante o estudo do perfil epidemiológico e das demandas no território dentre um conjunto de profissões. Seu objetivo é ampliar o escopo das ações das equipes de saúde da família. O trabalho do NASF é orientado pelo apoio matricial e tem como foco desenvolver atividades coletivas em conjunto com as equipes de referência, pautado pelo suporte técnico pedagógico e clínico assistencial (BRASIL, 2014). O suporte assistencial é aquele que desenvolve ações clínicas diretas com os usuários, como os atendimentos compartilhados e as atividades coletivas compartilhadas. A ação

técnico-pedagógica consiste em desenvolver ações de matriciamento com e para a equipe (CAMPOS, 2007).

A inserção da fisioterapia na Atenção Primária em Saúde (APS) é recente, sendo este um campo de ampla inserção da categoria na atualidade. A origem da profissão é essencialmente reabilitadora e a formação ainda é centrada no modelo biomédico hegemônico, com pouco enfoque na promoção de saúde. A exposição e discussão dos desafios encontrados a partir da atuação em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família pode permitir a elaboração de estratégias de enfrentamento e qualificação das ações dos fisioterapeutas na APS.

OBJETIVO

Relatar os desafios vivenciados como fisioterapeuta do NASF a partir da experiência em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência a partir da vivência de uma profissional de fisioterapia da primeira turma do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade FESF/FIOCRUZ. O campo de atuação da residência é o município de Camaçari, Bahia, que tem como população um total de 161,727 habitantes (IBGE, 2010).

A residente esteve inserida junto com professores de educação física e nutricionistas em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família como referência em duas Unidades de Saúde da Família (USF). Uma das USF era composta por três equipes de saúde da família, com população adstrita de 9.454 habitantes, e a outra por duas equipes com população de 6.625 habitantes, totalizando cinco equipes e população total de 16.079 pessoas.

As atividades da residência caracterizavam-se predominantemente pela imersão no serviço, associadas a momentos teórico-práticos e teóricos para exposição e problematização sobre temáticas pertinentes à saúde da família. No segundo ano, além da unidade da saúde da família, os residentes passam por diferentes serviços da rede municipal de saúde no período de dois meses cada, além ter a possibilidade de realizar

um estágio eletivo de sua escolha, desde que este esteja relacionado com atenção primária à saúde.

A experiência relatada ocorreu no período de março de 2015 a janeiro de 2017. A sistematização da experiência na RMSF ocorrerá a partir do levantamento dos desafios na atuação como fisioterapeuta na APS em quatro categorias de análise: “Apoio Matricial”, “Agenda”, “Rede de Atenção à Saúde” e “Formação em Fisioterapia”.

DESENVOLVIMENTO

A descoberta de um novo fazer: Apoio matricial.

O apoio matricial é a principal ferramenta que norteia o trabalho do NASF. Tem como objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais dentro da saúde, que vai desde o suporte assistencial ao técnico/pedagógico (CAMPOS, 2007).

Um dos grandes desafios vivenciados foi a definição de parâmetros para estabelecer as situações em que o apoio técnico-pedagógico era suficiente para a qualificação do cuidado e aqueles em que havia a necessidade de atendimento individual específico. Os profissionais do NASF devem prestar assistência direta, em caráter excepcional, a aqueles usuários que requeiram cuidados de reabilitação, orientação, atendimento individual e coletivo. Souza (2013) pontua em seu estudo que por ser recente, ainda não se entendem quais são os critérios pra se eleger um atendimento individual do NASF, incluindo os próprios profissionais da fisioterapia. O atendimento individual é uma ferramenta que pode ser utilizada considerando vários fatores, como o território e a conformação da rede de assistência do município, em situações específicas, o atendimento individual deve considerar mais do que o conhecimento técnico. Há que se analisar as condições de acessibilidade dos ambientes públicos, como ruas, calçadas, transporte. A reabilitação deverá incluir a mobilização da comunidade e seus recursos a transformação dos ambientes públicos e coletivos para permitir ampla acessibilidade (BRASIL, 2010).

A indefinição desses critérios se tornou um entrave. Como nunca havia tido contato com a ferramenta do apoio matricial, era muito difícil implementá-lo junto à equipe e muitas vezes o cuidado aos usuários foi paralisado. Principalmente por no primeiro momento inserido no serviço o atendimento individual ser algo que parecia não fazer parte das ações do NASF. Após algum tempo, percebi que apesar da maior

valorização das atividades coletivas com o foco na promoção da saúde, o atendimento individual é uma ferramenta muito importante e que deve ser utilizada sempre que necessário.

Mesmo estando em uma residência em saúde da família, ainda existe dificuldade em realizar uma abordagem individual que contemple fatores que extrapolem as práticas atreladas ao modelo biomédico, onde se vê a doença apenas como um elemento físico, separado do contexto de vida daquele indivíduo, e sem levar em consideração as questões subjetivas dos sintomas assim referidos pelo paciente (GUEDES, 2006).

As equipes, em sua maioria, demandavam auxílio para pacientes com alguma seqüela de acidente vascular encefálico (AVE) ou com alguma outra patologia que produzia limitação funcional, com a necessidade de uma intervenção fisioterapêutica individual e não apenas o matriciamento da equipe. Essa demanda é notada através das solicitações de visitas domiciliares nas reuniões com as equipes, onde se tentava discutir os casos e colher da equipe algo que direcionava e qualificava a demanda. Uma das dificuldades iniciais foi a falta de informações, associada à expectativa de que a fisioterapia prestasse assistência e solucionasse a demanda, ideia ainda bem forte sobretudo entre os agentes comunitários.

Inicialmente, esse tipo de demanda orientou o início do matriciamento com a discussão dos casos, visando à qualificação da equipe que estava mais próxima da família e que iria realizar visitas domiciliares com maior frequência. O matriciamento aconteceu através de orientações às equipes para ampliar a linha de cuidado ao usuário. Enquanto a fisioterapeuta enfatizava a importância de avaliar os aspectos da funcionalidade global dos indivíduos valorizando suas potencialidades no território para além das limitações que eles apresentavam. O matriciamento também tentou despertar um “olhar” para a família.

Em algumas situações fazíamos o atendimento individual, principalmente pela fragilidade da rede do município. É preciso ter cautela para não priorizar a assistência direta aos usuários, deixando de utilizar outras ferramentas que devem ser potencializadas como, por exemplo, a consulta compartilhada e os atendimentos coletivos. Além de serem importantes dispositivos para atenção integral aos usuários, oportunizam o matriciamento.

Uma estratégia pensada na tentativa de minimizar o excesso de demandas para os atendimentos individuais foi à criação de critérios para definição dos casos elegíveis. Esses critérios poderiam facilitar o manejo do cuidado desse usuário, ficando mais claro

o direcionamento a ser dado em um determinado caso. Entretanto, apesar da constatação dessa necessidade, não foi possível iniciar a construção desses critérios diante da complexidade dos fatores relacionados.

Agenda e suas complexidades.

Um dos grandes desafios no contexto vivenciado foi à construção das agendas do NASF. Alguns fatores agregaram complexidade a esta composição, tais como a atuação em mais de uma USF, a quantidade de equipes apoiadas (cinco), além da multiplicidade de formas e dispositivos para o trabalho com as equipes. Esta dificuldade repercutiu na condução de vários processos relacionados ao trabalho desenvolvido enquanto profissional do NASF e fisioterapeuta, especificamente.

Considerando o potencial do trabalho multidisciplinar, houve uma tendência de valorização das atividades compartilhadas por profissionais do NASF e das equipes de saúde da família. Deste modo, as ações específicas de categorias tendiam a receber cada vez menos espaço na agenda. Esta situação foi potencializada pela insegurança na condução e defesa de projetos relacionados à fisioterapia na APS.

No que tange especificamente aos atendimentos individuais, foram preteridos pela compreensão de que não eram possibilidades válidas no contexto do NASF, apesar de estarem assegurados nas normatizações do NASF, quando necessário (BRASIL, 2014).

A inserção das residentes no NASF ocorre em um cenário mais favorável que aquele encontrado na maioria dos municípios, por tratar-se de um processo formativo atrelado à prática. Isto é evidenciado pela quantidade reduzida de equipes/unidades apoiadas e pela maior interação entre os profissionais de diferentes categorias (a maioria residentes), fomentando e valorizando o trabalho multiprofissional. Entretanto fatores relacionados à gestão da unidade e organização do processo de trabalho impuseram a outras prioridades para agenda. Foi essencial apoiar as equipes na territorialização, no acolhimento, na gestão de conflitos e na construção dos fluxos e estratégias para qualificação das ações da USF no território. Deste modo nos distanciamos de demandas e necessidades que eram específicas da fisioterapia.

Em algumas situações observou-se que o acompanhamento longitudinal desses usuários foi comprometido pela falta de flexibilidade das agendas. Isto dificultou a construção de um plano de cuidado com a inserção da reabilitação neste processo, assim como o monitoramento dos casos. Em famílias que ofereciam maior suporte de cuidado

aos usuários, era possível fazer orientações e o monitoramento com contatos menos frequentes. Contudo, os usuários que contavam com menor apoio familiar, em geral, necessitavam de cuidados mais intensivos, demandando maior disponibilidade na agenda. Este foi um grande desafio do modelo de monitoramento adotado.

Dois pontos de uma Rede que não se conectam.

Os territórios onde as USF's estão inseridas são periféricos e compostos por uma população carente de recursos em sua maioria. Entretanto, o centro especializado em reabilitação e as clínicas conveniadas ao SUS estão situados, majoritariamente, no centro da cidade e não possuem capacidade para absorver toda a demanda do município. Além disso, é visualizada uma descontinuidade da oferta desses serviços em períodos do ano. Este quadro dificulta o acesso aos serviços de reabilitação e imprime uma pressão sobre as fisioterapeutas do NASF, que se deparam com casos que necessitam de intervenções do nível secundário de atenção.

Mesmo aqueles usuários que são assistidos por esses serviços devem ser acompanhados pelas fisioterapeutas do NASF, visando proporcionar um cuidado que contemple aspectos relacionados ao território e a participação social.

Outra dificuldade são as especialidades disponíveis nestes serviços, restrita a fisioterapia em ortopedia e neurologia, excluindo todos os outros problemas de saúde que possam ser desenvolvidos pelos usuários. A exemplo dos problemas uroginecológicos, que foram bastante percebidos nos dois territórios de atuação, contudo não tínhamos para onde encaminhar os casos mais complexos.

Os desafios apresentados ratificam a necessidade da articulação entre a atenção primária e os demais pontos da rede de atenção, especialmente os centros de reabilitação. Inicialmente, identifiquei a necessidade de conhecer esta rede e seus critérios para encaminhamento. Constatei a necessidade de diálogo com os serviços para eleger os pacientes que deveriam ser encaminhados e aqueles que seriam manejados na APS, construir projetos terapêuticos compartilhados com a possibilidade de apoio matricial, conhecer o funcionamento dos serviços e as ofertas, dentre outras possibilidades. Esse diálogo foi possível por um determinado período de tempo, muito mais relacionado aos atores envolvidos, do que à prática institucional.

É importante lembrar que articulação de rede objetiva a atenção integral do usuário. Não se trata de uma transferência de um caso da APS para o centro

especializado, mas de um compartilhamento e a cogestão das ações a serem empregadas no caso (CAMPOS, 1999).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituída pela portaria do Ministério da Saúde nº 793/12), coloca a atenção especializada em reabilitação com um de seus componentes, sendo esta retaguarda especializada responsável por desenvolver ações clínico assistenciais e técnico pedagógicas para APS, mas o que se observa é uma dificuldade desses serviços se organizarem para implementar estas ações.

A inserção dos residentes do segundo ano tem por objetivo ampliar o diálogo entre esses serviços especializados e a APS. Essa passagem contribuiu para que os serviços especializados enxergassem as dificuldades da APS e compreendessem a necessidade desse diálogo. A construção desses espaços de matriciamento tinha a perspectiva de estabelecer parcerias para qualificar o cuidado ao usuário. Não era a intenção evidenciar as atribuições que não estavam sendo desenvolvidas, mas produzir a gestão compartilhada dos casos.

(Des) Caminhos em uma formação e seus impactos no trabalho na APS.

A formação dos profissionais da saúde vem sendo um desafio e uma constante discussão nos dias de hoje, devido às transformações impulsionadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA e MONTAGNA, 2015).

Os cursos de graduação da área da saúde devem seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas pelo Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior (BRASIL, 2001). A formação em fisioterapia deve ser generalista, tendo como objetivo estabelecer um perfil acadêmico e profissional pautado no SUS, tornando o fisioterapeuta capacitado a desempenhar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação, em todos os níveis de atenção à saúde, individual e coletivamente (BRASIL, 2002).

Constatei uma lacuna significativa em meu processo de formação, especialmente durante a graduação, no que se refere aos conhecimentos sobre políticas públicas e APS, abarcando a promoção de saúde e a prevenção de agravos. Apenas em um estágio supervisionado em saúde comunitária, inserido recentemente na matriz curricular, tive o contato com ferramentas básicas para a produção do cuidado na APS, tais como genograma, ecomapa e salas de espera educativas. Não avalio esta experiência como

suficiente para me qualificar para atuação na APS e acredito que esta lacuna tenha dificultado a minha inserção neste campo de trabalho.

Despertou assim o interesse pela residência em saúde da família. Pela curiosidade sobre possibilidade de contribuição da fisioterapia para a saúde das pessoas inseridas em seus territórios, também por ser uma área em ampla ascensão no mercado de trabalho para minha categoria e por uma lacuna que foi despertada e não preenchida durante a graduação. Venho cheia de expectativas de aprendizagem tanto teórica quanto prática para compreender o trabalho da fisioterapia dentro da ESF, trabalho multidisciplinar, e principalmente a tentativa de desconstruir do modelo de reabilitação que foi o foco da minha graduação.

Lessa (2000) traz discurso análogo quando se refere ao aumento da busca de profissionais da enfermagem por residência visando a qualificação e instrumentalização de praticas voltadas para APS.

O programa de residência utilizava a metodologia ativa baseada na problematização, que é uma prática a qual utiliza situações reais vividas no cotidiano para provocar o aluno a desenvolver pensamento crítico e habilidades para solucionar os problemas e adquirirem conhecimento necessário da área em questão (RIBEIRO, *et. al.* 2003 apud BORGES, 2014). É uma metodologia muito potente, ainda mais levando em consideração a dinamicidade do território e a associação entre os problemas encontrados, na maioria das vezes relacionados a questões de vulnerabilidade, que dificultam a solução do caso.

Na metodologia da problematização o professor/facilitador tem um papel de instigar a curiosidade sobre os assuntos que possam levar as repostas para solucionar aquele problema (SEMIM, 2009). Em um processo de formação em serviço, o facilitador, representado pelo preceptor, deve exercer um papel ainda mais estimulador para o processo de aprendizagem.

Souza (2014) pontua em seu estudo que uma das vantagens da metodologia ativa é a possibilidade de individualização das necessidades dos alunos, dessa forma o preceptor teria que desenvolver a habilidade de reconhecer em quais pontos os alunos possuem maior dificuldade e instigar o mesmo a desenvolver ferramentas para lidar com tal problemática. Isto pouco foi visto na prática, pois os retornos não eram individualizados e não ocorriam em tempo hábil para propiciar a adoção de novas posturas.

Outro ponto a ser considerado é o perfil dos tutores responsáveis por mediar os momentos teóricos de categoria. Observava-se um perfil pouco prático no que diz respeito à fisioterapia na APS já que a maioria apresentava experiência voltada para gestão. Isto contribuiu para que as discussões fossem direcionadas às questões gerais do serviço. Foi observado que após a mudança de profissional onde se foi inserido um tutor onde tinha vivenciado o processo de uma residência, além de estar inserido em um NASF, as questões de núcleo começaram realmente a ser pautadas nos momentos pedagógicos.

É importante ressaltar que apesar de todas as limitações levantadas sobre o processo da residência, a mesma se tornou fundamental para a minha formação. Hoje posso visualizar outras formas de cuidado, observando o indivíduo como um todo e não apenas como alguém que precisar ser reabilitado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios encontrados por fisioterapeutas dentro da APS. Muitos destes se devem à formação que ainda direciona suas práticas no modelo médico-hegemônico com foco na reabilitação, deixando de potencializar outras ofertas que podem também ser utilizada na APS.

A fisioterapia, assim como todas as outras categorias que compõem o NASF, deve fomentar principalmente as atividades coletivas em conjunto com as equipes apoiadas, mas isso não quer dizer que não se possam realizar atendimentos individuais. Esta deve ser uma ferramenta que pode ser utilizada em situações específicas, mas para tal é preciso eleger critérios e utilizá-los.

É preciso que a agenda seja flexível para abarcar as ações direcionadas às equipes de saúde da família e os usuários, favorecer o trabalho multidisciplinar e valorizar as potencialidades de cada categoria do NASF. Também é imprescindível que a agenda possibilite a utilização de ferramentas diversas disponíveis na APS, a exemplo da articulação intersetorial.

O fisioterapeuta da APS, isoladamente, não tem como dar resposta a todas as demandas e necessidades que emergem no território. É fundamental o diálogo do fisioterapeuta da APS com a rede de atenção à saúde para garantir a integralidade do cuidado, desenvolvendo a gestão compartilhada dos casos quando necessário.

Neste cenário complexo, onde são colocadas diversas possibilidades de atuação, a participação em um RMSF é muito importante para compreensão sobre o fazer do fisioterapeuta na APS. Mesmo não respondendo totalmente às expectativas, a inserção nesta residência foi essencial para a minha formação, possibilitando olhar ampliado sobre o cuidado e as necessidades dos indivíduos, levando em consideração não apenas seu acometimento físico, mas todo o contexto a sua volta.

A residência promoveu o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho multiprofissional, o manejo de casos que necessariamente não tinham a ver com a fisioterapia como em situações de violência sexual e vulnerabilidade social. Pude ainda atuar na organização de ações que são de responsabilidade da APS, como o programa bolsa família, territorialização, articulação com setores no território tais como escolas, associações, assim como a possibilidade de trabalhar com populações específicas, como usuários em sofrimento mental e trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010.
- BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: reflexões, fundamentos e desafios. 1ed. São Paulo. Hucitec, 2013. 17 p.
- BRASIL. Decreto-Lei 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1969; 14 out.
- BRASIL. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União 1978; 13 nov.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação – Câmara De Educação Superior. Parecer n 1.133, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional De Educação. Câmara De Educação Superior. Resolução CNS/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
- BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 4, n.2, p. 393-403,1999.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.399-407, 2007.

COSTA, C.R.S.; MONTAGNA, E. A formação acadêmica do fisioterapeuta para sua atuação na gestão em saúde. ABCS Health Sci, São Paulo, v.40, n.3, p.252-256, 2015.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JUNIOR, de K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p.1093-1103, 2006.

LANCMAN, S.; BARROS, J.O. Estratégia de Saúde da Família, núcleo de apoio à saúde da família e terapeuta ocupacional: problematização da interface. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

LESSA, G.M. Residência Multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à Saúde da Família. R. Bras. Enferm, Brasília, v. 53, n. especial, p. 107-110, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Universidade de São Paulo; 2003.

RIBEIRO, L.R.C. *et al.* Uma experiência com a PBL no ensino de engenharia sob a ótica dos alunos. COBENGE, São Paulo, 2003. Apud. BORGES, T.S. ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. Cairu em revista, Ano 03, n.4, p. 1 19-143,2014.

RODRIGUEZ, M.R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Com. ciências saúde, Brasília, v. 21, n.3, p.261-266, 2010.

SEMIM, G.M.; SOUZA, M.C.B.M.; CORRÊA, A.K. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.30, n.3, p.484-91, 2009.

SOUZA, de M. C. *et al.* Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. Mundo saúde, São Paulo, v.37, n.2, p.176-184, 2013.

SOUZA, C.S.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para o métodos de ensino tradicionais- aspectos gerais. Medicina, Ribeirão Preto, v.47, n.3, p.284-92, 2014.