

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

JANILSON MATOS TEIXEIRA MATOS

**PERCURSO FORMATIVO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UM
RESIDENTE FISIOTERAPEUTA**

**Lauro de Freitas
2019**

JANILSON MATOS TEIXEIRA MATOS

**PERCURSO FORMATIVO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UM
RESIDENTE FISIOTERAPEUTA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao
Programa de Residência Integrado Multiprofissional em
Saúde da Família – FESF/FIOCRUZ.

Orientador: Prof. MsC. Marcos Vinícius de Santana Silva

Lauro de Freitas

2019

RESUMO

O presente trabalho é um resgate a memórias de um fisioterapeuta residente em um Programa Multiprofissional em Saúde da Família, realizado na Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, localizada em Lauro de Freitas-BA. Este memorial apresenta os desafios que o profissional fisioterapeuta encontra quando decide romper a lógica do modelo de saúde focado na cura da doença e na supervalorização da técnica e passa a apostar na atenção integral e na prevenção e promoção da saúde. A metodologia ativa da residência propicia uma formação crítico-reflexiva do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuação no campo da Atenção Primária à Saúde e Redes de Atenção à Saúde, além de promover e estimular mudanças nas práticas profissionais e relações interpessoais. Essas memórias são relevantes para os profissionais que desconhecem a prática da Residência Multiprofissional e que não se reconhecem ou não compreendem seu papel na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Atenção Integral; Saúde da Família; Fisioterapia.

ABSTRACT

The present work is a rescue of the memories of a physiotherapist residing in a Multiprofessional Program in Family Health, held at the São Judas Tadeu Family Health Unit, located in Lauro de Freitas-BA. This memorial presents the challenges that the professional physiotherapist encounters when he decides to break the logic of the health model focused on the cure of the disease and on the overvaluation of the technique and starts betting on integral care and prevention and health promotion. The active methodology of the residence provides a critical-reflective formation from the ethical, political and technical-scientific point of view for action in the field of Primary Health Care and Health Care Networks, as well as promoting and stimulating changes in professional practices and interpersonal relationships. These memories are relevant to professionals who are unaware of the practice of Multiprofessional Residence and who do not recognize or understand their role in the Family Health Strategy.

Key words: Health Promotion; Integral Attention; Family Health; Physiotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

EqSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

R1 - Residente do primeiro ano

SUS - Sistema Único de Saúde

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
Capítulo 1: A grande escolha	7
Capítulo 2: Iniciando com o pé direito	9
Capítulo 3: Recém-formado desempregado, e agora?	10
Capítulo 4: Aproximação com o campo da saúde da família	11
Capítulo 5: Trabalhando em equipe	15
Capítulo 6: Quem é esse novo fisioterapeuta após um ano na Atenção Primária à Saúde (APS)?	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

Capítulo 1: A grande escolha

É com esse título marcante que inicio esse texto que contará um pouco da minha trajetória pessoal e de formação escolar/universitária/acadêmica. Nascido no município de Jequié, interior da Bahia, filho único de uma dona de casa (ensino médio completo) e de um agricultor (ensino fundamental completo). Por diversos motivos, meus pais não conseguiram alcançar o nível superior, entre eles: sustentar uma casa; dar continuidade aos negócios herdados; dificuldade de compreensão dos conteúdos escolares, entre outros. No entanto, em toda minha trajetória de vida, os “estudos” sempre foram valorizados. Frases como: - sem estudo não se chega a lugar algum; - esse menino é inteligente demais... tem cara de doutor; eram pronunciadas com muita frequência.

“Por mais que as gerações anteriores (avós e pais) não tenham tido acesso à universidade, há incentivo para que a geração atual a acesse, nela permaneça e conclua o Ensino Superior.” (ASTIGARRAGA, 2010)

Pensando em construir uma base mais estruturada, cursei a alfabetização em uma escola particular, com valores cristãos e éticos seguidos à risca, onde devia-se seguir a orientação de uma professora que “ensinava” cerca de 20 crianças como se todas fossem iguais. Por questões financeiras, fui para a escola pública cursar o ensino fundamental e médio. Baseado na pedagogia tradicional com a figura do professor, detentor do conhecimento, que ocupava um local fisicamente elevado dentro da sala de aula, seguia se mantendo. No entanto, algo era diferente. O alunado não respeitava o professor, era tudo muito bagunçado e por diversas vezes ocorriam brigas entre alunos.

“Não é novidade, para quem frequentemente está em contato com as escolas públicas, o grande número de queixas dos professores sobre seus alunos. “Desinteressados”, “vândalos” e “indisciplinados” emergem como as principais características dos jovens estudantes.” (LEÃO, 2006)

“A desatenção e conversas paralelas dos alunos durante as aulas, o atraso na entrada e a pressa para sair da escola, agressões verbais ou físicas aos

colegas e, em alguns casos, a outros envolvidos na escola são queixas muito mais frequentes do que o esperado na instituição escolar.” (BOARINI, 2013)

Em consonância a isso, me lembro das vezes que fui em consultas particulares, pois o “posto de saúde” próximo a minha casa nunca tinha médico, e quando tinha marcava para muito longe e eu me perguntava: será que tudo que é público, é bagunçado e não funciona como deveria? Criado em um meio onde o serviço público não funcionava como deveria, e as pessoas sempre davam um “jeitinho” para ter acesso à saúde e a educação de qualidade, decidi que não queria me envolver com essa saúde que só funcionava no papel, e queria ter uma clínica para atendimento particular. Baseado nesse sentimento de desassistência pela saúde pública, e valorização do serviço particular, terminei o ensino médio e não tinha ideia de qual profissional de saúde queria ser no futuro, e da responsabilidade dessa decisão que iria nortear os próximos anos da minha vida.

“Apesar da variedade de possibilidades para continuação dos estudos existente no país, verifica-se uma tendência do jovem que termina o ensino médio de fazer escolhas profissionais ligadas aos cursos mais tradicionais de graduação oferecidos pela educação superior. Essa situação está diretamente ligada ao desenvolvimento histórico do ensino médio, da educação superior e da educação profissional em nosso país.” (SPARTA, 2005)

Era final de tarde, quando, andando pelo território, avistei um homem com seu jaleco branco atendendo um idoso em sua residência. Parei por alguns instantes, e contemplei aquele cuidado e carinho que era transmitido durante aquele atendimento, tão logo, pude ler no bolso do seu jaleco o nome “Fisioterapeuta”. Gostei, olhei na internet, e vi que era um profissional reabilitador, que cuidava de pessoas com fraturas, sequelas provenientes de alguma patologia, dor, ou seja, seu cuidado se iniciava após instalada alguma patologia. Para a minha sorte, existia uma universidade pública que possuía esse curso na minha cidade, e meus pais sempre falavam: “– As faculdades públicas são as melhores”. Uma situação confusa se instalava em mim e eu pensava: “– Não tenho “sorte” com nada público, com essa universidade não será diferente!”. Resolvi tentar, afinal, não tínhamos renda suficiente para pagar um curso de nível superior em uma faculdade privada. Não aprovado no primeiro vestibular, fiz

seis meses de cursinho pré-vestibular e ousei tentar novamente. Na segunda tentativa, veio a tão esperada aprovação e o início da concretização do sonho de ser aquele profissional que reabilita com tanto amor seus pacientes.

Capítulo 2: Iniciando com o pé direito

Relativamente jovem, o curso de fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) possui apenas 20 anos de existência, e uma grade curricular diversa, com disciplinas como: Fisioterapia pediátrica, dermatofuncional, neurofuncional, traumato-ortopédica, esportiva, cardiofuncional, intensiva, dentre outras. Em sua maioria, as disciplinas são voltadas para a reabilitação do indivíduo, visando restaurar, desenvolver e conservar sua capacidade física e funcional. Essa centralidade na doença ou distúrbio do indivíduo, têm “raízes” no modelo biomédico (mais dominante no mundo ocidental), o qual aborda apenas os fatores biológicos do indivíduo, e na própria existência da fisioterapia, que passou a ganhar um status de profissão a partir do momento em que as duas guerras mundiais deixam um alto número de pessoas com lesões e ferimentos graves que precisavam urgentemente serem reinseridas na sociedade.

“Até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação, acompanhando as razões lógico-históricas que originaram a regulamentação dessa prática como profissão, logo depois do conflito mundial dos anos 1940. [...] Desde então, os cursos de Fisioterapia têm incorporado, ora mais ora menos, a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares.” (NEVES, 2011)

Não fugindo desse padrão de profissional reabilitador, lembro-me que até em disciplinas como Psicologia, por exemplo, passamos praticamente um semestre inteiro falando sobre ler/dort, e na disciplina Fisioterapia comunitária, íamos atender pessoas em uma determinada comunidade, levando equipamentos e materiais da universidade para o território, e com o mínimo contato com a Unidade de Saúde da Família (USF) de referência. Não havia discussão sobre como era a inserção do profissional fisioterapeuta na saúde da família, ou o que era o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e seu apoio matricial, estávamos ali para fazer sala de espera sobre um tema aleatoriamente escolhido, e atender usuários da área adscrita.

Não havia discussão sobre o atual cenário da saúde no Brasil, sobre os rumos da saúde pública, e principalmente, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante meus 5 anos de universidade o SUS passou despercebido, estava imerso nele, porém, não conseguia reconhecê-lo. Não tínhamos tempo para prevenir o aparecimento de doenças, formar vínculo com o usuário e prestar um cuidado integral, estávamos ali para tratar determinada patologia independentemente dos fatores determinantes e condicionantes que geraram aquele adoecimento, e devolver para a sociedade o indivíduo o mais funcional possível para que esse continuasse produzindo e gerando lucro para o capitalismo.

Segundo PINHEIRO, et al. (2009), tradicionalmente, o ensino de graduação no Brasil caracteriza-se pela pedagogia autoritária de transmissão e acúmulo de conteúdos, com excesso de carga horária e, muitas vezes, sem a existência de conexão entre os conteúdos estudados. Como consequência desse processo, formamos profissionais “deficientes” para atuarem na atenção integral à saúde, não sendo capazes de realizar ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação.

“A formação de recursos humanos em saúde passa a ser concebida como indispensável para transformar as práticas sanitárias prevalentes.”
(PINHEIRO, et al., 2009).

Estamos diante do cenário perfeito para a formação do fisioterapeuta no qual outrora havia me espelhado; um profissional voltado para o trabalho na área clínica e hospitalar, sempre cercado por seus equipamentos de eletrotermofototerapia, faixas elásticas e demais materiais, os quais foi veementemente instruído a utilizar em seus tratamentos.

Capítulo 3: Recém-formado desempregado, e agora?

O tão esperado momento finalmente chegou, formei! E agora? Esse era um questionamento que nunca me incomodou durante a graduação. Já tinha minhas convictas perspectivas de atuação, e em nenhuma delas estava a Atenção Básica (AB). Porém, quando você migra da categoria de estudante para a de desempregado, você sente uma enorme carga sobre os ombros, o dever de fazer valer todos aqueles

anos de estudos, sustentados por uma firme estrutura familiar, mas com muita dificuldade financeira.

Currículos entregues, hora de estudar para as provas de residência que aconteceriam nos próximos dois meses e seria uma oportunidade de aquisição de conhecimentos concomitante o recebimento de “recheadas” bolsas de estudos. Mas... Qual escolher? Eram tantas, e as dúvidas surgiam... Faço para outro estado? E a família? Vou ficar longe? E essa área com poucas vagas? Como será a concorrência? Decidi fazer a especialidade que tanto queria: Residência em fisioterapia em terapia intensiva e emergência. Fiquei longe de ser aprovado.

Novamente pesquisando, encontrei a residência da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF). Pesquisei do que se tratava, sobre a atuação do fisioterapeuta, locais onde seriam desenvolvidas as atividades e a estrutura pedagógica. Encontrei muitos assuntos sobre SUS que nunca tinha estudado, muitas atuações que nunca desenvolvi, como grupo terapêutico, Projeto Terapêutico Singular (PTS), apoio matricial, ações de saúde extra consultório, entre outras várias coisas. Resolvi tentar, me lancei ao novo, aberto e disposto a absorver o máximo que aquele programa poderia me ofertar. Fui aprovado! E é a partir daqui que começo a experienciar essa “nova forma” de fazer saúde.

Capítulo 4: Aproximação com o campo da saúde da família

Após um longo período de acolhimento dos recém residentes (éramos 14, no início), agora denominados R1 (residentes do primeiro ano), onde discutíamos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde como integral e de direito, os equipamentos sociais, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), o NASF, construção de agenda e planejamento de uma USF, dentre outras muitas coisas. Muitas palavras e terminologias desconhecidas, até então. Uma nova forma de fazer saúde se descortinava a cada dia do acolhimento. Cheios de muitas informações e corações ansiosos e desejosos em conhecer aquela comunidade que nos esperava, fomos direcionados para o nosso município, Lauro de Freitas.

Nos deparamos com uma unidade não inaugurada, sem internet, sem funcionários de limpeza, e sem energia, isso mesmo caro leitor, sem energia. Assim permanecemos por aproximadamente 3 meses. Mas, o trabalho não parou, estávamos em constante planejamento interno, realizando territorialização juntamente

com os Agente Comunitários de Saúde (ACS) e uma equipe de saúde contratada pelo município. Chegou a ser desgastante? Sim! Muito! Chegava em casa extremamente cansado e alguns dias desmotivado pois queria muito ir pra prática, estávamos criando conflitos internos em nosso grupo em decorrência das condições adversas de trabalho daquela unidade, sentíamos também uma negligência da gestão municipal para com nós profissionais de saúde, e principalmente, a comunidade. Com a USF inaugurada em junho, finalmente podemos colocar em prática esse “monte” de planejamentos, informações novas e palavras desconhecidas até então. Nesse momento, percebi o quão ignorante eu era em saúde da família. Segundo AURELIO (2002) ignorante significa “[...] falta de ciência ou de saber [...]”. Hoje, percebo o quão minha formação foi falha e incompleta, porém, não atribuo isso aos mestres que tive, pois eles também tiveram essa mesma formação tecnicista e centrada na doença, eles apenas reproduziram o que aprenderam.

“Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, “para uma nova estratégia, um novo profissional” [...] se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia.” (ROSA; LABATE, 2005)

Atualmente, percebo que a raiz desse “mal” está no modelo de saúde hospitalocêntrico e assistencialista, centrado no médico e no hospital instituído desde a chegada da família real no Brasil nos anos de 1500, perdurando até o século XX com a criação primeiramente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente do Programa Saúde da Família (PSF). Hoje, sei que esse modelo de saúde utilizado por anos, não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas, tal modelo atua de maneira pontual em alguma demanda aguda, não realizando o acompanhamento longitudinal desse usuário. Se tornando assim, falho e oneroso para os cofres públicos. (ROSA; LABATE, 2005)

“Remando contra a correnteza”, estávamos nos ali naquela USF visando atender os indivíduos e suas famílias de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial centrada no hospital, passando a focar na família em seu

ambiente inserida em seu território real. Foi com esse objetivo amplo, complexo e difícil, sentindo o “peso” dessa responsabilidade nas costas que começamos a organizar e receber aquela comunidade do território de Itinga, naquela USF que agora ousamos chamar de nossa. Grande era o sentimento de pertença e cuidado por aquele local.

Comecei aquele dia em um lugar desafiador e até então jamais experimentado, o acolhimento. Conhecido até então através das leituras e discussões da Política Nacional de Humanização (PNH), sabia que estaria naquele lugar para realizar uma escuta qualificada, que possibilitasse analisar a demanda do usuário e, garantir uma atenção integral, resolutiva e responsável, visando à horizontalidade do cuidado por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços ou externas com outros serviços de saúde, para a garantia da continuidade da assistência, porém, como eu iria executar essa complexa tarefa na prática, só a cotidiana vivência naquele espaço iria me mostrar. (BRASIL, 2011)

“[...] o acolhimento pretende humanizar as relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários, através de escuta qualificada, formação de vínculo e respeito [...]” (LOPES, 2015)

Nesse momento, gostaria de realizar uma pausa para refletirmos acerca da formação de vínculo que citei anteriormente. Segundo MACHADO (2007), a noção de vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a cidadania e a conquista da autonomia e empoderamento do sujeito em relação a sua saúde, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço. Essa ferramenta tão poderosa e de baixa densidade tecnológica, muito utilizada na Estratégia Saúde da Família (ESF), a cada dia têm-se tornado mais difícil colocar em prática em decorrência da falta de estabilidade dos profissionais contratados pelo município. Em Lauro de Freitas, temos esse problema. Uma grande maioria dos profissionais possuem vínculos trabalhistas extremamente fragilizados, oriundos de indicações dos chamados “padrinhos” (indivíduos com alta influência política) e apenas uma pequena minoria é concursada. Tal situação produz instabilidade no trabalho idealizado pelo SUS, dificultando o envolvimento da ESF com o usuário na busca da produção de vínculo.

Os dias foram passando e... nesse local eu não me sentia um fisioterapeuta, havia em mim uma angústia/sede em executar as técnicas que aprendi na faculdade, porém, com o passar dos dias e o conhecimento adquirido com os demais colegas que muitas das vezes eram acionados e compartilhavam seus saberes com os usuários ao tempo que nos matriciavam sobre aquele assunto, pude refletir o quanto era potente essa assistência multiprofissional e multidisciplinar e verificar o quanto eu conseguia ser muito mais resolutivo e integral na minha prestação de cuidado se comparado à quando eu apenas queria “ensinar” exercícios terapêuticos para diminuição de quadro álgico e ganho de flexibilidade para os usuários no acolhimento.

“Para responder a gama de necessidades dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes multiprofissionais são imprescindíveis [...] para que se torne possível materializar o processo de cuidado.” (BARROS, et al, 2015)

“[...] a inserção do fisioterapeuta nos serviços de AB à saúde é um processo em construção, que esteve associado durante algum tempo à gênese da profissão, quando este profissional era rotulado como reabilitador, tratando apenas a doença e suas sequelas.” (FORMIGA; RIBEIRO, 2012)

Com a unidade em pleno funcionamento, as dificuldades de ser um fisioterapeuta na AB foram surgindo. Um grande número de pacientes não conseguiam ter acesso aos serviços, de atenção nos níveis secundário e terciário. Como consequência disso, tinha uma alta demanda de atendimentos individuais e raramente conseguia realizar outras ações relativas à atuação de um profissional no nível primário de atenção, como as ações de prevenção e promoção da saúde. Fui aos poucos me desvencilhando do consultório e realizando juntamente com os outros integrantes do NASF e das Equipes de Saúde da Família (EqSF) mais atividades coletivas, porém, percebi que a adesão da comunidade era muito frágil nesse tipo de atividade, foram necessários vários dias de luta, para enfim chegarem os de glória. Cerca de 15 usuários finalmente estavam frequentando assiduamente o grupo Felicidade, nomeado assim pelos próprios usuários em decorrência da faixa etária dos participantes (40 – 70 anos). Ele era um grupo aberto, e trabalhávamos com práticas corporais, danças, técnicas de relaxamento, passeios, era o turno mais aguardado da semana, a quarta à tarde.

Enriquecendo essa minha formação enquanto R1, tive a oportunidade de participar de um importante momento de elaboração e validação de propostas para a saúde do município de Lauro de Freitas, a VII Conferência Municipal de Saúde. Esse momento ímpar, contou com representantes dos vários segmentos sociais com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde a nível municipal. Apesar de ser um momento extremamente importante, ainda percebo uma pequena parcela da população exercendo o seu controle social sobre a gestão do SUS. Uma minoria da população se faz presente nas pré-conferências e nas conferências municipais de saúde.

Muitas propostas interessantes foram construídas, outras antigas reafirmados, no entanto ainda é possível verificar um certo descaso da gestão municipal em valorizar e legitimar esse espaço como sendo fundamental para uma boa gestão. Não posso comparar com outros municípios, pois essa foi a primeira que participei, porém, esse é o sentimento que pude perceber. Vale ressaltar, que durante os eixos de trabalho e as plenárias, surgiram alguns estresses e alterações de voz, momentos de conflitos intensos de opiniões desencadeados pelos debates e opiniões divergentes, no entanto, os trabalhos foram concluídos sem maiores problemas.

Capítulo 5: Trabalhando em equipe

Nesse tópico abordarei uma das coisas mais desafiantes e difíceis não apenas na área da saúde da família, mas em qualquer outro local que seja necessário trabalhar em conjunto com outras pessoas, o trabalho em equipe. Segundo ARAUJO (2007), a divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe visando contribuir para a qualidade da prestação das ações de saúde contribuem para uma abordagem mais ampla e resolutiva.

“A assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários).” (Garuzi M. et al., 2014)

Sempre permeando nossas relações, a falta de comunicação muito me incomodou durante meu percurso como R1 na USF São Judas Tadeu, e sua contínua existência gerou ruídos e fragilizou a relação existente entre os residentes multiprofissionais e os residentes médicos. Tivemos muita dificuldade no manejo desses conflitos, uma vez que todo o processo de trabalho era muito novo para ambas categorias, e a hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos insistia em se perpetuar na rotina diária das equipes.

“[...] uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe.” (ARAUJO, 2007)

Talvez, essa tenha sido uma falha no processo formativo, sob minha ótica, identifico como frágil o meu desenvolvimento de competências para trabalho em equipe, e minha utilização de estratégias para o enfrentamento dos possíveis conflitos que possam surgir. Nesse contexto, visualizo que nos faltou um pouco mais de maturidade para enfrentar algumas questões e um pouco mais de suporte/intervenção pedagógica da residência para o estabelecimento de uma prática mais comunicativa entre os residentes, visando romper com as velhas estruturas hierarquizadas tão presentes no modelo de saúde hegemônico que insistem em se perpetuar.

Capítulo 6: Quem é esse novo fisioterapeuta após um ano na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Apesar das dificuldades de estabelecimento de um bom relacionamento com a atenção básica e os conflitos internos que tivemos no campo de estágio do município de Lauro de Freitas onde, enquanto R1, desenvolvi atividades na USF São Judas Tadeu, reflito que vivenciei importantes inquietações pessoais acerca de como ocupar um espaço intrigante e desafiador chamado NASF. Hoje, considero de extrema importância essas inquietações vividas, e o quanto elas serviram de “gatinhos” para a busca de novos conhecimentos. Ser apoiado por uma preceptora de excelência

(Lourdes), possuidora de conhecimento técnico para ocupar tal lugar, e sempre disponível para compartilhamento de experiências e produção de discussões políticas sobre o SUS, seus princípios e diretrizes, e nosso papel como agentes matriciadores de apoio das equipes de saúde da família foi de extrema importância para minha ampliação da visão de profissional estritamente reabilitador, para um profissional capaz de realizar promoção, proteção e até reabilitação da saúde com a utilização de tecnologias leves na atenção primária. Agora, com o novo desafio do cuidado integral da saúde, do acompanhamento longitudinal, da consciência e da importância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e na certeza de que uma atenção básica estruturada e fortalecida ela tem uma alta resolubilidade para a maioria dos problemas de saúde da população, sinto-me motivado e estimulado para seguir trilhando os caminhos do SUS e acreditando em um sistema de saúde universal, integral e equânime para a população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

ASTIGARRAGA, A. A. Estratégias de acesso ao Ensino Superior entre jovens universitários com experiência de trabalho na infância. **ETD-Educação Temática Digital**, v. 12, n. esp., 2010.

AURELIO, O mini dicionário da língua portuguesa. 4ª edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7ª impressão – Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 9, 2015.

BOARINI, M. L. Indisciplina escolar: uma construção coletiva. **Psicol Esc.**, v. 17, n. 1, 2013.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, 2012.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, 2014.

LEÃO, G. M. P. Experiências de desigualdade: os significados da escolarização preconizados pelos jovens pobres. **Educ. Pesqui.**, v. 32, n. 1, 2006.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, v. 39, 2015.

MACHADO M. F. A. S.; Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, 2011.

PINHEIRO, L. B. D. et al. Conhecimento de graduandos em fisioterapia na Universidade de Fortaleza sobre o Sistema Único de Saúde. **Fisioter. Pesqui.**, v. 16, n. 3, 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, 2005.

SPARTA, M.; GOMES, W. B. Importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos do ensino médio. **Rev. bras. orientac. Prof.**, v. 6, n. 2, 2005.