

**Programas Integrados de Residências em Medicina de Família e Comunidade e
Multiprofissional em Saúde da Família
Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz**

BRENDA DE ARAÚJO MACHADO

**MEMORIAL DAS EXPERIÊNCIAS DE UMA FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE**

BAHIA

2020

BRENDA DE ARAÚJO MACHADO

MEMORIAL DAS EXPERIÊNCIAS DE UMA FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Priscila Santos

BAHIA

2020

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. COMO TUDO COMEÇOU?.....	3
3. MAIS ENTÃO O QUE É O NASF-AB?.....	5
4. NASF EM OPERAÇÃO NA RESIDÊNCIA: AVANÇOS E DESAFIOS	7
5. REFLEXOES SOBRE REABILITAR NA ATENÇÃO BÁSICA.....	10
6. REFLEXÕES SOBRE AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO CUIDADO DOMICILIAR.	13
7. NOVOS ARES.....	15
8. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
9. CONCLUSÃO.....	20
10. REFERÊNCIAS.....	21

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Preceptor Alexandre Gonzaga pela parceria, empenho e dedicação com a nossa formação, com toda certeza, com a sua presença o caminho se tornou menos difícil. Aos meus companheiros do NASF 2 quero agradecer, por me ensinar a trabalhar em equipe, pela sintonia e compartilhamento de saber, foi uma honra caminhar com todos vocês; e à toda equipe mínima.

1. INTRODUÇÃO

Começar a escrever meu Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) significa que minha trajetória com residente está chegando ao fim. E por diversas vezes durante essa caminhada senti que estava no lugar certo, com as pessoas certas, mesmo com as dificuldades encontradas no caminho. Quando acabei a graduação de fisioterapia, percebi o quão rápido havia passado essa etapa. E o quanto não tinha desfrutado o suficiente daquele caminho. E não queria que acontecesse o mesmo na residência.

Ao entrar no NASF- AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) da cidade de Camaçari, pude sentir a energia daquela equipe, aproveitar os sabores e as dores dessa jornada, agora muito menos ansiosa. Apesar das dificuldades, percebi que com os profissionais da equipe de NASF-AB que nunca estaria só. Como já dizia Gonzaguinha nas suas belas palavras:

“Aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente, toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas. E é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá. E é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense estar.” (Trecho da música Caminhos do coração, de Gonzaguinha).

Esse memorial irá abordar sobre o meu percurso até escolher a especialização em saúde da família, a caminhada na residência, os desafios do apoio matricial e como eu caminhei esta jornada. Essa especialização caracteriza-se como um programa de formação que visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial hegemônico a partir da vivência prática na Atenção Básica, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia da Saúde da Família (ESF). O mesmo se desenvolve de modo integrado com o de Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS no território.

O memorial trata-se de uma autobiografia, através de uma narrativa simultaneamente histórica e reflexiva, que poderá se apresentar de dois tipos: o tipo acadêmico – utilizado em concursos públicos e ingresso na carreira docente– ou de formação – que objetiva a obtenção de um título, configurando-se como um instrumento avaliativo durante o processo de formação. Neste é preciso narrar refletindo, sequenciando fatos significativos de forma lógica e coesa, atentando para os aspectos que valorizem e enfatizem o percurso acadêmico e intelectual (NASCIMENTO, 2010). Desse modo, o

objetivo deste trabalho é construir um memorial de formação sobre a minha trajetória enquanto fisioterapeuta da equipe do NASF-AB na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no período de março 2018 a março de 2020, no qual fiquei lotada nas Unidades de Saúde da Família (USF's): Phoc 3, Piaçaveira e Parque das Mangabas, localizadas na região de saúde 4 do município de Camaçari-Bahia. Portanto, o trabalho está dividido em capítulos que contemplam minhas vivências antes, durante e ao final desta trajetória.

2. COMO TUDO COMEÇOU?

Para dar início a esse memorial nada mais pertinente do que indagar do por que fisioterapia? Em 2012 passei no vestibular da Universidade Estadual da Bahia- UNEB para o curso de fisioterapia, minha escolha se deu por interessar pela área da saúde e me identificar com ele, dentre todos os cursos ofertados. A grade curricular da Universidade favoreceu meu contato com a saúde pública desde o primeiro semestre, acredito que isso, sem dúvidas, influenciou a minha trajetória acadêmica e, posteriormente, minha escolha pela Residência em Saúde da Família.

Ainda na graduação o “modelo de trabalho” da Atenção Básica sempre chamou atenção, devido ao seu potencial de ser resolutiva, apesar de desafiadora. E hoje, enquanto residente integrante do NASF-AB, vejo diversos nós críticos cruciais tais como: a formação acadêmica voltada para a perspectiva de um trabalho uniprofissional, centrado no saber do profissional de saúde; a dificuldade de compreensão real da interdisciplinaridade, confundida na prática durante a graduação com a atuação da equipe multiprofissional; o respeito à autonomia do usuário por sua saúde inserindo-o como participante das escolhas referentes ao seu tratamento; considerar os determinantes e condicionantes de saúde na construção de estratégias de cuidado; ampliar a acessibilidade de bens e serviços de saúde para os usuários adscritos ao território da Unidade; a incipiência na comunicação entre os profissionais das equipes; e o desafio de fazer saúde e não doença.

Corroborando com a fala acima, inúmeros documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e por distintos governos indicam que a Atenção Básica à saúde é a aposta central para produzir a transformação do sistema de atenção à saúde (Cecilio, L.C.O.; Reis, A.A.C, 2018).

Quando saímos da graduação não fazemos ideia do que nos espera no mundo do trabalho, são muitas expectativas, muitos anseios e ao mesmo tempo muitas frustrações. Ao sair da Universidade queria muito uma outra especialização em uma unidade hospitalar, um modelo de atenção à saúde completamente diferente das escolhas/oportunidades que a vida me proporcionou na FESF SUS. Mas acredito que

tenha sido a decisão mais acertada, pois nessa residência ganhei muito mais que experiência profissional ou um título de especialista, me tornei uma profissional que acredita no SUS, senti na pele as dificuldades de fazer parte de uma equipe de Saúde da Família (eSF), apesar de ter certeza que na residência vivemos ainda em uma bolha, assim como foi na universidade. Hoje, terminando esse ciclo vejo o sonho do NASF-AB, de equipes multiprofissionais acabando, estamos retrocedendo, a partir do momento que o NASF-AB não terá mais repasse específico, ficando facultativo ao município a sua contratação, lamentável!

3. MAS ENTÃO O QUE É O NASF-AB?

Essa foi uma das primeiras perguntas que o preceptor nos fez logo no primeiro dia. Sabíamos a teoria pura e simples, nada melhor do que aliar a teoria com a prática e eu não via a hora de colocar a “mão na massa”. O NASF foi criado em 2008, esse é composto por equipes multiprofissionais, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica, esse foi criado para aumentar o escopo de ações da Atenção Básica, bem como para lidar com dois desafios históricos do SUS: integralidade e resolutividade na atenção (Brasil,2014).

O NASF constitui-se uma retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. Esse desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: **clínico-assistencial e técnico-pedagógica** (Brasil,2014).

Espera-se que sua atuação seja de forma integrada e colaborativa com as equipes AB, pautado na lógica do apoio matricial (Brasil,2008). Assim, o trabalho entre o NASF-AB e a eSF depende da corresponsabilidade e do desenvolvimento de ações compartilhadas, que, por sua vez, devem ser planejadas a partir das demandas dos territórios sob a responsabilidade das duas equipes.

Não fazia ideia de como eu fisioterapeuta, recém formada, conseguiria garantir a integralidade e resolutividade na atenção, acredito que por não ter considerado que não estaria sozinha mas que teria uma equipe para me apoiar (que irônico, já que o NASF-AB é que era para ser o “apoio”, mais foi assim que me senti em vários momentos, apoiada pela equipe mínima e pelo próprio NASF-AB) além de não ter levado em conta a articulação com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A composição do NASF- AB segundo diretriz ministerial, deve ser definida pelo gestor municipal, de acordo com a necessidade (demanda) do Município, com a oferta de serviços existentes ou não no Município e região e a disponibilidade de recursos. Infelizmente na prática percebemos que nossos representantes políticos acabam usando

dessa flexibilidade na composição para a compra de votos, levando em consideração alianças políticas acima da qualificação profissional. O que contribui para um NASF pouco resolutivo com profissionais que na grande maioria nunca tiveram contato/experiência com o fazer do NASF.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 39 há três modalidades de NASF: NASF1, NASF 2 e o NASF 3; o NASF 1 é vinculado a 5 a 9 eSF e a carga horária dos profissionais é de no mínimo 200h semanais; o NASF 2 se vincula a 3 a 4 eSF e a carga horária mínima é de 120h semanais já o NASF 3 vincula-se a 1 a 2 eSF e os profissionais trabalham no mínimo 80h semanais. O município de Camaçari possui 36 Unidades de Saúde da Família, 2 NASF-AB, além de nós residentes que cobrimos a região 4 e nos enquadramos em NASF 2.

Temos como ferramentas de trabalho o apoio matricial, clínica ampliada, atendimentos individuais, consultas compartilhadas, interconsultas, projeto terapêutico singular (PTS) e o trabalho com grupos. Diferente da lógica tradicional de encaminhamentos, referências, protocolos; com essas ferramentas de trabalho as relações entre os serviços de saúde se estabelecem de maneira horizontal, com compartilhamento e negociação das estratégias de cuidado, porém, essa busca por romper a fragmentação do cuidado não deve ser de exclusividade do NASF e sim de responsabilidade de toda eSF/eAB.

Para que os profissionais de saúde substituam ações centradas no modelo hegemônico por perspectivas pautadas nos modelos biopsicossociais, é imprescindível à transformação dos processos de trabalho, sobretudo a partir da incorporação da prática interdisciplinar. E o apoio matricial constitui-se como estratégia fundamental para desterritorializar os profissionais de seu núcleo de saber específico e favorecer a busca de novas possibilidades de produção de saúde e a consolidação de um novo paradigma (Merhy, 2012; Franco; Merhy, 2006).

4. NASF- AB EM OPERAÇÃO NA RESIDÊNCIA: AVANÇOS E DESAFIOS

A primeira dificuldade que nos deparamos enquanto NASF-AB foi de entender o nosso papel na AB, seja enquanto equipe do NASF-AB ou enquanto núcleo. Após isso, tivemos que explicar, incansavelmente, para as equipes mínimas nosso papel naquele espaço, realizamos inúmeros matriciamentos, e hoje, acredito que foram divisores de água para conseguirmos harmonia e parceria para desenvolver de fato um trabalho em equipe. Atribuo essa dificuldade de entendimento das eSF, ao período de implantação da mesma que é significativamente superior ao do NASF, essas possuem processos de trabalho mais consolidados.

A organização e gestão das agendas, construir agendas compartilhadas e equilibrar as várias atividades desenvolvidas a partir das demandas que se apresentam é desafiador.

Definição de que o NASF, como uma equipe, possui internamente semelhanças (papéis comuns) e diferenças (papéis específicos). Uma das consequências práticas disto é que, apesar de requerer planejamento e comunicação (em especial gestão da agenda e de deslocamentos), o tipo, a frequência e a duração das atividades de cada profissional do Nasf em uma UBS não são necessariamente iguais e simultâneos. A integração da equipe não se reduz, nem necessariamente requer que todos estejam juntos o tempo todo, embora sejam necessários espaços e momentos de encontro de todos (Brasil, 2014).

A frequência maior ou menor em algumas unidades, tem relação direta no sentimento de pertencimento ao espaço, muitas vezes não me senti pertencente, tínhamos que disputar espaço físico com as equipes mínimas, o que interferia também nos atendimentos; além dos deslocamentos entre as unidades serem realizados por conta própria, sendo eles muito custosos.

Dentre as ações que considero primordial para o desenvolvimento do trabalho do NASF, destaco as reuniões que são fonte disparadora de toda e qualquer ação, é por meio delas que realizamos os encaminhamentos necessários para as resoluções dos problemas. As reuniões do NASF aconteciam semanalmente, além dessa tínhamos que nos inserir nas reuniões das eSF, sejam elas de unidade ou equipe. Os desdobramentos destas

discussões eram variados e na maioria das vezes se materializava de forma compartilhada. As principais ações pactuadas envolviam: os grupos terapêuticos; salas de espera; atendimentos individuais e/ou discussão de casos e visita ou consultas domiciliares.

Para atender a complexidade de demanda dos usuários e da comunidade, o NASF-AB buscava sempre que necessário promover a articulação com a rede de serviços sociais e de saúde, essa é fundamental para o fortalecimento de uma rede mútua de apoio, a fim de garantir a melhora da condição de saúde do coletivo ou de um usuário do serviço. Algumas vezes me sentia incomodada com as cobranças da preceptoria da equipe mínima quando saíamos para articular rede, era nítido a falta de alinhamento e entendimento do corpo pedagógico perante as peculiaridades do NASF-AB. Além disso, existia uma completa falta de suporte dos preceptores de campo para com o NASF-AB, era como se fossemos uma equipe a parte, porém no momento de cobrar a participação nos espaços, o NASF-AB fazia parte da equipe. Senti falta em diversos momentos, a participação dos outros preceptores nas nossas reuniões, nas discussões de casos, na construção da agenda e nos enfrentamentos com a equipe mínima, já que Alexandre, o preceptor do NASF, sempre apoio os outros núcleos das três unidades que dávamos suporte.

O estranhamento do corpo pedagógico diante do NASF-AB, refletia diretamente na visão e postura da equipe mínima; preceptores de campo mais abertos ao diálogo o trabalho ocorria de forma mais fluída. Infelizmente esse estranhamento não ocorria somente no corpo pedagógico, nesses dois anos percebi que até a gestão não formula capacitações pensando na equipe multiprofissional, não conseguiam minimamente contemplar os materiais básicos que solicitávamos e isso repercutiu diretamente no nosso processo de trabalho. Capacitar os profissionais que estão trabalhando na ponta é fundamental para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a ESF, reestruturando a lógica do atendimento (Ludke; Cutolo, 2010; Ceccim, 2005).

Destaco ainda, que priorizávamos as ações coletivas, como é prevista nos documentos norteadores do NASF-AB, porém, conflitava com as demandas da população e da equipe mínima que priorizavam atendimentos específicos, como por exemplo, os de

reabilitação, nos colocando em posição desconfortável com relação as exigências de produtividade e as estratégias de trabalho do NASF-AB; as demandas distintas de atendimento populacional, já o mesmo não configura-se como porta de entrada da APS; as diferentes prioridades de ação entre NASF-AB e eSF, com como reflexo disso, diferenças na divisão das tarefas e do tempo destinado a cada uma delas. Mesmo frente ao modelo integral proposto pelo SUS, o trabalho em saúde segue reproduzindo o modelo biomédico hegemonicamente instituído, o que também contribui para as tensões no cotidiano do trabalho (Peduzzi; Carvalho; Mandú; Souza; Silva, 2011).

Corroborando com essas informações um estudo que buscava analisar o processo de trabalho no NASF-AB e as percepções dos profissionais acerca das situações estressoras e geradoras de sofrimento no trabalho, apresentaram como dificuldades, à grande demanda de casos e de queixas, o desejo de que o NASF-AB torne-se resolutivo numa perspectiva eminentemente assistencial e ambulatorial, a fim de suprir uma carência da Redes de Atenção à Saúde e da própria eSF; outra dicotomia encontrada nos discursos dos entrevistados diz respeito ao modelo de trabalho do NASF-AB em contrapartida o que é desenvolvido pela eSF que está relacionada à quantidade dos atendimentos além de uma cultura imediatista e curativa que está fortemente presente nos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais. Fica nítido a pouca valorização de ações preventivas e de promoção da saúde. Esse contexto gera frustração e sofrimento no trabalho (Nascimento; Oliveira, 2016).

5. REFLEXÕES SOBRE REABILITAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Sem dúvida esse é o capítulo mais difícil de escrever! Talvez porque sendo NASF-AB a gente as vezes esquece que é somente fisioterapeuta, acho que terminamos nos distanciando do nosso núcleo e trabalhando muito mais o campo, antes isso me apavorava mas hoje, encaro com mais naturalidade. O fisioterapeuta apesar de na graduação ser condicionado a reabilitar, na ABS, além disso, e principalmente, devemos prevenir, promover e proteger. E hoje, finalizando a residência vejo o quanto me tornei de fato uma profissional de saúde e não somente fisioterapeuta.

Historicamente a fisioterapia vivência a reabilitação, majoritariamente, na média e alta complexidade, e para que isso aconteça na AB faz-se necessário um (re)dimensionamento das suas práticas para atender a realidade do usuário (Cecilio, L.C.O.; Reis, A.A.C, 2018).

Diferente de outros espaços, na USF o NASF-AB possui diversas atribuições, o fisioterapeuta em especial, ainda possui uma cobrança enorme para reabilitar todos do território adscrito, sejam nos atendimentos individuais, consultas compartilhadas, nas interconsultas ou até nas visitas/consultas domiciliares, das três unidades, das sete equipes, ou seja, é muita demanda. Muitas vezes me senti impotente, sabia que sozinha não conseguiria, que precisaria de uma rede de Atenção à Saúde fortalecida e bem articulada, porém na realidade tínhamos uma rede ainda fragmentada e desarticulada, o que dificultava ainda mais o processo de reabilitação, na tentativa de minimizar essa desarticulação fazíamos muita articulação de rede, para conhecer os serviços e criar vínculos com as pessoas de referências dos outros serviços.

Há uma tendência a perceber o NASF-AB como um ambulatório, repetindo o que já existe com os outros profissionais da USF, refletindo dificuldade de compreensão do NASF-AB, que deve atuar junto às equipes, operando um trabalho em redes, que está em construção, e demonstrando uma difícil operacionalização da integralidade (Souza; Bomfim; Souza; Franco, 2013). Há uma diferença entre o trabalho real e o prescrito, tanto no que diz respeito ao perfil dos profissionais quanto à organização do trabalho e às expectativas não coincidentes da eSF em relação ao NASF-AB, isso demonstra que os

processos de trabalho precisam ser revistos, devido a interdependência do trabalho entre eSF e NASF-AB.

Esse descompasso entre NASF-AB e equipe mínima reflete na dificuldade em compartilhar os casos em uma perspectiva de corresponsabilização, uma vez que a tendência de 'passar o caso' é bastante frequente, casos de reabilitação, por exemplo, eram casos de difícil integração da equipe, acredito que por acharem que é de responsabilidade da fisioterapia. Para um trabalho integrado entre ambas as equipes faz-se necessário conhecer o caso e o histórico do caso a ser discutido e compartilhado com o NASF-AB, quando isso não ocorre, o NASF-AB torna-se praticamente a porta de entrada no sistema, o que fragiliza o vínculo, o seguimento longitudinal e a integralidade do cuidado prestado pelas equipes da eSF.

Até a equipe mínima e a preceptoria de campo entender que o NASF-AB não é porta de entrada foi/é uma luta, acredito que esse é um problema geral, mas por se tratar de um espaço de formação, como é a residência, esperava mais, principalmente, da preceptoria. Quando estava no eletivo, que falarei com mais detalhes a seguir, percebi que esse é de fato um problema geral, em Madre de Deus que foi meu campo de estagio eletivo, o NASF funcionava com porta de entrada e na logica ambulatorial, talvez pela pressão dos outros profissionais da eSF que trabalham nessa lógica, da própria população e da gestão, ainda mais por se tratar de um ambiente extremamente político. Na tentativa de reorganizar esse serviço fizemos o acolhimento pedagógico com as equipes e algumas reuniões de matriciamento, porém essa forma de trabalho do NASF-AB agradava e beneficiava a gestão local.

Acredito que umas das coisas mais difíceis foi a gestão do cuidado dessas pessoas que precisavam ser reabilitadas, desde a corresponsabilização da equipe mínima, a articulação da rede. O desafio do NASF-AB e o fisioterapeuta está incluso nisso é de desenvolver uma concepção de trabalho que utilize a atuação conjunta, integrada e intersetorial, com base nas redes entre os trabalhadores e incorporando a participação dos usuários. Porém, a maior parte dos profissionais não tem o trabalho em equipe focado na graduação, devendo ser apreendido na prestação de serviços de saúde e na imersão no trabalho coletivo.

Outro ponto a ser levantado aqui é tínhamos o difícil papel de listar as prioridades das prioridades, visto que esses casos precisavam de um atendimento contínuo da fisioterapia, todavia, não apresentavam um bom suporte familiar, sem uma renda para acessar outros serviços, e estávamos em número reduzido de fisioterapeutas por isso precisávamos listar prioridades e periodicidade, mais como? Em nenhum lugar que eu li eu achava algo que ao menos norteasse, e então, eu e minha parceira, fisioterapeuta, construímos com nosso Apoiador de núcleo os critérios de prioridades de acionamento de fisioterapia. Além disso existe uma relação de dependência dos usuários com os profissionais, e responsabiliza esses profissionais na conservação da saúde.

Apesar de políticas públicas de saúde brasileiras reconhecerem a ampliação de acesso com entrada e direcionamento do usuário a partir da APS às ações de reabilitação de acordo com suas necessidades, tanto na Atenção Básica de Saúde quanto na Atenção Hospitalar ainda são escassos e na AB isso é muito mais discrepante (Gawryszewski et. Al, 2013; Peiter et. al, 2016).

6. REFLEXÕES SOBRE AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO CUIDADO DOMICILIAR

Com base no princípio da territorialização, a equipe e o NASF-AB têm responsabilidade sanitária por todas as pessoas adscritas. Desta forma, a Atenção Domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das eSF, fazendo necessário identifiquemos, junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção. A proposta do cuidado domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família (BRASIL, 2012; BRASIL 2011).

O ambiente domiciliar na minha opinião é um do espaço mais potente para entender de fato o contexto em que aquele indivíduo vive, o que nos ajudava muito, também, quando o usuário estava em processo de reabilitação. Além disso, por meio da visita domiciliar conseguimos criar vínculos e estreitar as relações entre a USF e a família.

Essa assistência prestada contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

Todavia, apesar de ser uma excelente ferramenta no processo de cuidado, não tínhamos em nenhuma das unidades instrumentos para acompanhamento dos casos, no que se refere a definição de periodicidade dessas visitas domiciliares, buscando garantir a longitudinalidade do cuidado, bem como, a resolutividade da assistência prestada, outra fragilidade era a falta de instrumentos para avaliação da satisfação do usuário. Minha sensação é que trabalhamos muito no campo da subjetividade, não que isso seja ruim, mais algumas coisas precisam além da subjetividade para que de fato consigamos garantir o acompanhamento dos casos. Na USF do Phoc 3 por ser um nó crítico e uma demanda que interferia diretamente no processo de trabalho, o objetivo do projeto de intervenção foi de criar instrumentos e sistematizar os atendimentos/visitas domiciliares.

Há uma diversidade de atuações no cuidado domiciliar na USF, podendo esta, ser influenciada desde a formação profissional às particularidades de cada comunidade e indivíduo.

Uma experiência marcante no domicílio não foi enquanto fisioterapeuta mas como profissional de saúde, no qual o NASF-AB junto à equipe mínima fizemos um mutirão de limpeza na casa de uma usuária, idosa, angolana, com dificuldade de locomoção, faz uso abusivo de álcool, mora sozinha, o marido e os filhos faleceram, a mesma não tinha nenhum tipo de renda ou benefício social, vivia por meio da ajuda dos vizinhos e igreja, a residência não possuía água para beber e nem para a higiene pessoal, além da ausência de alimentos, um típico caso para um Projeto terapêutico Singular (PTS), na verdade essa ação foi uma das etapas do PTS.

Alcoolistas levam bebidas alcoólicas até ela para violenta-la. Como intervenção inicial, fomos até a casa dela para uma limpeza, já que haviam muitas coisas amontoadas que acumulando bichos, além de atrapalhar na locomoção e cuidado com a saúde. Foi um dia muito gratificante, poder presenciar toda a equipe em prol de um objetivo que não somente o tratamento a uma doença, mas sim, nas outras dimensões que envolvem o processo saúde-doença. Após isso demos continuidade as outras etapas, como a marcação de consultas na USF para realização de preventivo e testagem rápida, articulação de uma visita com CAPS-AD, acionamento da rede de apoio, mesmo que incipiente. Nesse caso tivemos muita dificuldade, devido os furos das redes, como por exemplo, não conseguimos realizar uma das etapas do PTS que era coloca-la numa casa de repouso, como era sua vontade, devido à falta vagas em asilos públicos.

Nesse momento vi várias mudanças em mim enquanto profissional, anteriormente sabendo que é uma paciente com dificuldade de locomoção, a primeira coisa que ia pensar, tem que fazer fisioterapia, sem entender o contexto no qual ela estava inserida. Diante das vulnerabilidades, com certeza, a atuação do fisioterapeuta não é primordial, lógico que vai ser importante sim, porém, tem vários fatores sociais, afetivo/emocionais e ambientais que iriam dificultar na melhora motora dela.

7. NOVOS ARES

O estágio eletivo tem duração de 7 semanas e nesse período podemos escolher um campo diferente de atuação, porém que dialogue com a proposta da Residência, a escolha do residente, responsável por articular a sua inclusão no novo serviço. Quando chegou a minha vez de escolher me sentiu perdida e não apoiada pela coordenação do programa, como por exemplo, não ser orientada como funcionava a articulação com o serviço escolhido e as sugestões de instituições que já tinham passado residentes. Antes mesmo do eletivo já presenciava na pele a falta de entendimento dos profissionais dos outros serviços de Camaçari a respeito do papel do residente naquele espaço. Imagine em um campo que nunca tinha ouvido falar na residência e em sua lógica de atuação?

Sete semanas para se adaptar a um novo serviço, novos profissionais, a uma nova lógica de trabalho é sem dúvidas desafiador. Escolhi estagiar na Coordenação Municipal de Atenção Básica do município de Madre de Deus, juntamente com Quézia, uma residente enfermeira da Unidade de Nova Aliança. Esse local foi escolhido devido à facilidade de contato e de inserção neste serviço, já que a coordenadora da Atenção Básica deste município é egressa do Programa de Residência da FESF-SUS e responsável por nos acompanhar no campo, na medida do possível.

O Município de Madre de Deus tem uma população bem menor que Camaçari, possui aproximadamente 21.093 habitantes. Localiza-se em uma ilha, sendo a fonte de renda dos moradores provenientes, primordialmente, da pesca, turismo e da prefeitura; nela situa-se o terminal marítimo da Petrobras, e por isso é uma região marcada por fortes agressões ecológicas, oriundas da indústria petrolífera. Na Atenção Básica, possui 07 UBS, cada uma composta por uma equipe mínima e um NASF-AB composto por uma fisioterapeuta, professor de educação física e duas nutricionistas. Os atendimentos nas UBS, realizações de exames e procedimentos e os serviços de educação só aconteciam mediante o Número de Inscrição Cadastral Municipal (NIC), o que era uma barreira enorme já que existiam algumas áreas descobertas por ACS além do não atendimento as demandas espontâneas.

A proposta de trabalho construída para este período de estágio foi que desenvolvêssemos um Apoio Institucional à coordenação, já que no município não havia apoiadores. A princípio pensou-se na aplicação do Acolhimento Pedagógico em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, compondo um total de 07 UBS, devido a coordenadora apontar a necessidade de fortalecer a ESF e a qualificação dos profissionais para a ampliação da resolutividade e do cuidado dentro das UBS/USF.

Ao escolher esse eletivo queríamos conhecer e vivenciar a realidade da atenção básica de outro município, bem como monitorar e avaliar políticas de atenção primária à saúde; articular processos intra e intersetorial, tendo como objetivo qualificar a atenção primária à saúde no município; propor e implementar ações para a reorganização e qualificação da atenção primária, tendo a saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento desse nível de atenção; disseminar informações relevantes da atenção primária; prestar apoio institucional; elaborar manuais, instrutivos e demais instrumentos que orientem as ações da atenção primária; elaborar instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde.

Trata-se de um serviço no qual o cenário político é bastante complicado, a governabilidade da coordenadora da atenção básica é muito limitada. A diretoria de atenção Básica é bem reduzida, a população e alguns servidores se utilizam da ameaça de expor os problemas da administração na rádio local, para conseguir benefícios e intimidar a gestão, um cenário diferente do que estávamos acostumadas.

No primeiro momento planejamos o acolhimento pedagógico solicitado pela coordenadora, para ser realizado com todas as equipes, entretanto não foi possível o fechamento das Unidades nas 40 horas, como é proposto no acolhimento. Assim, adequamos à realidade local e realizamos o “acolhimento” apenas no turno das reuniões de equipe e em seguida repassávamos as propostas de mudança para a coordenação. Utilizamos como ferramentas casos clínicos, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com enfoque para as mudanças e atribuições de cada profissional; modelos de organização das agendas da equipe mínima; o que era acolhimento à demanda espontânea, já que eles não faziam e a lógica de trabalho do NASF-AB.

No segundo momento realizamos uma atualização sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nos surpreendemos com o desconhecimento dos ACS sobre a PNAB. No terceiro momento realizamos junto com o NASF-AB) o Manual de guia de serviços, tendo em vista a falta de conhecimento geral das redes. Alteramos, também, a ficha dos grupos prioritários utilizada no município de Camaçari para implementar em Madre de Deus, visando a importância da longitudinalidade do cuidado. E por fim, construímos uma Educação Permanente juntamente com o NASF-AB do Município sobre as atribuições e a lógica do processo de trabalho do mesmo para ser executada com as 7 equipes.

Me surpreendi muito da forma como eram organizados os atendimentos das equipes mínima, era por programas, turnos de gestante, puericultura, idosos, hipertensos, entre outros, engessando a agenda e dificultando o acesso dos usuários ao serviço, e no acolhimento pedagógico falávamos disso. A falta de conhecimento da equipe de eram os integrantes do NASF-AB, me deixou impactada! Por isso fazíamos questão da presença do NASF-AB nas reuniões, isso demonstra uma falta de integração o que repercutia diretamente no trabalho interdisciplinar.

O tempo curto e a falta de governabilidade da coordenadora acabaram limitando nossas práticas, entretanto conseguimos na medida do possível e de acordo com a realidade local obter um bom aproveitamento para a nossa formação, infelizmente pelo curto tempo, não conseguimos avaliar a efetividade das nossas intervenções. Uma das coisas que mais causou frustração foi o fato de não conseguirmos executar as ações como planejamos, como as 40 horas do acolhimento pedagógico, todavia não perdemos o planejamento por completo, pois algumas coisas conseguimos executar de acordo com a realidade do serviço.

Em Madre de Deus pude notar inúmeras divergências do que é preconizada pelas diretrizes da Atenção Básica com a realidade, a começar pelas reuniões, as equipes não tinham esse momento resguardado; não conheciam o território; conseqüentemente não faziam intervenções de acordo com a necessidade dos usuários; o trabalho de promoção e prevenção era quase que inexistente; não havia acolhimento a demanda espontânea; e a lógica do trabalho do NASF-AB era basicamente assistencial e desvinculado às

equipes. Acredito que só pude perceber as fragilidades da AB de Madre de Deus por ter vivenciado na residência espaços em que trabalhávamos de acordo com o que é preconizado pelas diretrizes, apesar de estar longe do ideal e pela ampliação do olhar graças ao trabalho interdisciplinar que desenvolvíamos. Levo como aprendizado que todos nós somos agentes de mudança e podemos fazer o SUS acontecer.

8. NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentado por meio da Portaria nº. 2.979 de 12 de novembro de 2019 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), altera a lógica de financiamento da APS no Brasil. Infelizmente estamos presenciando um retrocesso, nesse novo modelo, a proposta restringe a APS a serviços biomédicos e limita o conceito de integralidade a uma lista de consultas individuais para a resolução de problemas, desviando-se da centralidade do cuidado de base territorial, coletivo e interprofissional.

Segundo a Portaria em questão as principais alterações estão na extinção do Piso da Atenção Básica (PAB fixo e variável) e a adoção da captação ponderada, como critério para a focalização do repasse dos recursos para custeio das eSF e equipes multiprofissionais em saúde. Alterou-se o PAB, passado a adotar o número de pessoas cadastradas como critério para o repasse dos recursos, e essa medida desconsidera as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços públicos de saúde como preconizado nas leis orgânicas de saúde da Constituição Federal.

Outra alteração advinda da portaria é a revogação de todas as portarias referentes as equipes do NASF-AB, essa portanto, acaba com o repasse do Governo Federal para o trabalho multiprofissional na APS, deixando a cargo dos gestores municipais o custeio ou não de uma equipe multiprofissional, isso poderá ocasionar a extinção dessas equipes no território nacional, visto que tem-se diferentes entendimentos dos gestores municipais sobre o assunto.

A sensação que tenho após a publicação dessa nova portaria é de retrocesso e de certa forma de tempo perdido, pois isso repercutirá diretamente em falta de campo de trabalho após a residência, mesmo com o NASF-AB melhorando os indicadores de saúde, a resolutividade da atenção, e aumentando o escopo de ações, me parece que toda luta por um espaço e reconhecimento perante a equipe mínima foi em vão. Será desafiador para o NASF-AB galgar espaços nesse cenário que trabalhem a promoção à saúde, já que a agenda do NASF-AB será semelhante à da equipe mínima.

9. CONCLUSÃO

O percurso apesar de árduo, foi prazeroso e gratificante. E, mesmo que a residência seja um espaço de formação, também é um espaço transformador e motivador para construir um SUS melhor para o usuário e o trabalhador de saúde. Me qualifiquei como profissional, como pessoa e, especialmente, como responsável pelo meu próprio processo de ensino aprendizagem. Ganhei autonomia e amadurecimento, desmitifiquei o trabalho do NASF-AB e o meu papel enquanto fisioterapeuta naquele espaço. Aprendi a ampliar o olhar, acolher e acima de tudo, de respeitar a autonomia do usuário. Esse processo de formação foi, sem dúvidas, tão intenso e tão único que é até difícil descrevê-lo.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção1, p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** - volume I: ferramentas para a gestão e para trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. 24 Jan 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde.** *Documento Base.* 4ª ed. Brasília: 2007.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic Saúde Educ** 2005, 9(16): 161-8.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 34(8):1678-4464; Rio de Janeiro, 2018.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial.** In: Merhy EE, Magalhães Júnior, HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WB, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C., GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**. 2012; 22 (1):119-40. Disponível em: < [http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007)>

GONZAGUINHA. **Caminhos do coração**. São Paulo: EMI-Odeon, 1982. 4 min.

LUDKE, L.; CUTOLO, L.R.A. Formação de docentes para o SUS - um desafio sanitário e pedagógico. **Sal Transform Social** 2010, 1(1): 88-98.

MERHY, E.E. **Engravidando as palavras: o caso da integralidade**. In: *VI Congresso da Rede Unida. Belo Horizonte, MG; 2005*. Palestra. Disponível em: <[http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3387/EmersonEliasMerhy-Engravidando as palavras-setembro 2012.pdf](http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3387/EmersonEliasMerhy-Engravidando%20as%20palavras-setembro%202012.pdf)>

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 2016; 50(5):848-854.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G; MANDÚ, E.N.T.; SOUZA, G.C.S.; SILVA, J.A.M. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Physis**, 2011; 21(2):629-46. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/ a15v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf)>

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate**. 2016; 40 (111): 63-73. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611105>>

SOUZA, M.C; BOMFIM, A.S; SOUZA, J.N; FRANCO, T.B. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2013;37(2):176-184.