

RELATO DE EXPERIÊNCIA

**DOS DESAFIOS ÀS ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA DO NASF: UM OLHAR DO RESIDENTE**

Paulo Henrique Caetano de Sousa^a

Denise Gonçalves Moura Pinheiro^b

Gisele Maria Melo Soares Arruda^c

Bernardo Diniz Coutinho^d

Resumo

Como parte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), o fisioterapeuta, na atenção primária, deve desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que perpassam práticas de matriciamento, planejamento estratégico, análise situacional, territorialização, atendimentos individuais, compartilhados, visitas domiciliares etc. Objetiva-se descrever as competências e discutir as dificuldades de execução das atribuições do fisioterapeuta do Nasf diante da realidade de um município cearense com base na ótica de um fisioterapeuta residente em saúde da família. Trata-se de relato de experiência em que foi utilizado o método narrativo-analítico com base nos relatos e no cotidiano vivenciados pelo autor no município de Horizonte, CE. Para se executar adequadamente essas atribuições, o profissional necessita de um aparato técnico e logístico que muitos municípios não conseguem ofertar, tais como material para intervenção prática, meio de transporte adequado e uma equipe multiprofissional que contemple as necessidades da área. Em Horizonte, tendo em vista sua demografia e sua recente de fundação, não houve possibilidade de realização das atribuições já explanadas. Pode-se relatar a dificuldade na utilização do transporte para as visitas domiciliares e demais atividades externas, o rigor da formação do fisioterapeuta com foco clínico e barreiras na realização do apoio matricial.

^a Fisioterapeuta. Egresso da Residência em Saúde da Família e Comunidade. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: desousa.ph@gmail.com

^b Fisioterapeuta. Doutora em Cuidado em Saúde. Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: fisio_denise@hotmail.com

^c Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva. Professora do Centro Universitário Christus. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: giselemeloaires@gmail.com

^d Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Reabilitação. Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: bdinizcouthino@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Rua Alexandre Baraúna, n. 949, 1º andar, Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60430-160. E-mail: bdinizcouthino@yahoo.com.br

Contudo, o profissional busca criar estratégias para realização do serviço de modo adequado e para gerenciar grupos e atividades de intervenção multidisciplinar. Para reduzir as dificuldades, faz-se necessário que os gestores forneçam apoio institucional a fisioterapeuta, convoque por concurso público mais profissionais de modo a cobrir o território e oferte capacitação específica conforme a linha de cuidado do Nasf.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção primária à saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

FROM CHALLENGES TO COPING STRATEGIES OF FHSC PHYSICAL THERAPISTS: A RESIDENT'S LOOK

Abstract

As a part of the Family Health Support Center (FHSC), the Primary Healthcare physical therapist should promote health and prevent diseases, which includes actions of matrix support, strategic planning, situational analysis, territorialization, individual, shared visits, home visits, among others. We seek to describe the skills and discuss the challenges of performing physical therapy assignments of the FHSC according to the reality of a county in Ceará, based on the perspective of a physical therapist resident in Family Health. This experience report used the narrative-analytical method based on the reports and the daily life experienced by the author in the city of Horizonte, Ceará. In order to properly perform these tasks, the professional needs a technical and logistical apparatus that many municipalities cannot offer, such as material for practical intervention, adequate means of transport and a multiprofessional team that meets the needs of the area. In Horizonte, considering its demography and its recently-founded nature, there was no possibility of performing the previously mentioned attributions. One can report the difficulty in using transportation for home visits and other external activities, the rigor of the physical therapist's training with a clinical focus, and barriers in performing the matrix support. However, the professional created strategies for performing the service adequately and managed multidisciplinary intervention groups and activities. In order to minimize these challenges, it is necessary for managers to provide institutional support to the physical therapist, to call for a more competitive public tender to cover the territory, and to offer specific training according to the FHSC healthcare guidelines.

Keywords: Physical therapy. Primary healthcare. Family Health Support Center.

DE LOS DESAFÍOS A LAS ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA DEL NASF: LA MIRADA DE UN RESIDENTE

Resumen

Una vez parte del Núcleo Ampliado de la Salud de la Familia (NASF), el fisioterapeuta debe desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la atención primaria, las cuales atraviesan acciones matriciales, planificación estratégica, análisis situacional, territorialización, atención individual, compartida, visitas domiciliarias, etc. El objetivo de este artículo es describir las habilidades y discutir las dificultades de ejecución de las atribuciones del fisioterapeuta del NASF frente a la realidad de un municipio de Ceará (Brasil) desde la perspectiva de un fisioterapeuta residente en salud de la familia. Es un relato de experiencia, en el que se utilizó el método narrativo-analítico con base en los relatos y el cotidiano vivenciados en el municipio de Horizonte/CE. Para ejecutar adecuadamente esas atribuciones, el profesional necesita un soporte técnico y logístico que muchos municipios no logran ofertar, tales como material para intervención práctica, medio de transporte adecuado y un equipo multiprofesional que contemple las necesidades del área. Teniendo en cuenta la demografía y el carácter reciente de fundación del municipio Horizonte, no hubo posibilidad de realización de las atribuciones ya explicadas. Se puede relatar la dificultad en la utilización del transporte para las visitas domiciliarias y demás actividades externas, el rigor de la formación del fisioterapeuta con enfoque clínico y barreras en la realización del apoyo matricial. Sin embargo, el profesional buscaba crear estrategias para la realización del servicio de manera adecuada y administrar grupos y actividades de intervención multidisciplinaria. Para reducir las dificultades, es necesario que los gestores proporcionen apoyo institucional al fisioterapeuta, contraten más profesionales para cubrir el territorio mediante la contratación pública y ofrezcan capacitación específica conforme a la línea de cuidado del Nasf.

Palabras clave: Fisioterapia. Atención primaria de salud. Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf) surgiram em janeiro de 2008, em meio a implementação e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com objetivo de prestar apoio à ESF, atuar em âmbito intersetorial e interdisciplinar em ações locais e regionais na promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação da saúde, cura, humanização e educação permanente, com uma equipe multidisciplinar conforme a necessidade do município

e a critério do gestor¹. Desde a criação, a implementação dos Nasf vem encontrando algumas barreiras, como a falta de recursos financeiros e distribuição irregular das ESF entre os núcleos, vínculos empregatícios precários e temporários, baixas remunerações e falta de legitimação do serviço dentro do próprio município²⁻⁵. Apesar desse quadro, ressalta-se a importância de se continuar a implementação efetiva do Nasf em todos os municípios brasileiros tendo em vista os reais benefícios para a saúde pública⁶, como ampliação das ofertas de serviços das unidades de saúde, cuidado integral à saúde da população e maior resolução das questões de saúde⁵.

A lógica da formação em saúde no Brasil, segundo Pagliosa e Da Ros⁷, segue um pensar biomédico flexneriano, centrado na doença e no procedimento em vez de no sujeito coletivo e na prevenção que reflete no modelo de assistência ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS), gerando uma incongruência na atuação segundo o modelo da ESF. Assim, para desenvolver as competências para atuação na ESF, os profissionais atuantes devem ser embasados pelo pressuposto da educação permanente previsto pelo próprio SUS. Nesse contexto, a ideia da educação pelo trabalho surge como uma metodologia renovadora da prática e da formação⁸.

Quanto ao modelo do Nasf, exige-se o redirecionamento do objeto de trabalho do fisioterapeuta para as ações coletivas e matriciais, compartilhadas no apoio a ESF com um caráter mais promotor da saúde¹. Assim, Pereira et al.⁹ atribuem algumas competências essenciais ao trabalho do fisioterapeuta no Nasf, perpassando o trabalho coletivo, intersetorial, preventivo, reabilitador e reintegrador, além de conhecimento sobre a saúde pública, território vivo e rede de assistência. Contudo, a prática tem revelado dificuldades de compreender o papel do fisioterapeuta, o que dificulta a execução das ações que a ele competem no âmbito da atenção primária. Assim sendo, a reflexão sobre as barreiras e possibilidades de enfrentamento dos entraves que diariamente perpassam a rotina de trabalho do profissional, influenciando na sua *práxis*, é necessária.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) tem como objetivo fornecer a compreensão da complexidade dos determinantes que se relacionam com a vida e a saúde da população, o que a permite dialogar de maneira coerente com os princípios e diretrizes do SUS, fazendo uma boa conexão entre teoria e prática, com caráter formativo humano e coletivo. Visa também possibilitar uma mudança nas execuções das linhas de cuidado frente a sua política, fornecendo uma compreensão do que é trabalho compartilhado, integral e em rede¹⁰. Segundo Ferretti, Lima e Zuffo¹¹, o fisioterapeuta na atenção primária ainda é visto como reabilitador pela maioria dos profissionais da ESF, o que dificulta tanto a inserção desse profissional no programa quanto seu reconhecimento junto à comunidade nas ações voltadas para as famílias.

Sabe-se que uma das razões para esta visão é reflexo de sua formação, pois, segundo Formiga e Ribeiro¹², a graduação em fisioterapia não é voltada para a atuação no Nasf, nem para o trabalho coletivo, evidenciando uma fragilidade formativa dos profissionais. As RMS são espaços privilegiados de análise e mudanças dessa *práxis* porque se estruturam na perspectiva de educação pelo trabalho. Dessa forma, tal premissa justifica a importância de se reportar quais foram as percepções evocadas em um fisioterapeuta a partir da sua formação como residente em saúde da família no Nasf.

O objetivo deste estudo é descrever as competências e discutir as dificuldades de execução das atribuições do fisioterapeuta frente às realidades de um município cearense, com base na vivência prática de um profissional fisioterapeuta residente em saúde da família.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo do tipo narrativo, qualitativo e de relato de experiência com base na vivência prática de um fisioterapeuta residente em saúde da família em Horizonte, CE, em uma unidade de atenção primária, no período de abril de 2015 a abril de 2017, durante o programa de residência. Ao longo desse tempo, foram gerados relatórios, registros fotográficos e de atendimentos e criou-se marcas de impressão memorial que foram usados para a compilação do presente artigo.

Foi escolhido o modelo narrativo com foco crítico-analítico. Ao fazer uso desse tipo de abordagem metodológica, buscou-se enfrentar o desafio de sistematizar de maneira lógica e coerente as vivências por meio da análise e observação do cotidiano de trabalho a partir da perspectiva de um profissional fisioterapeuta em uma ESF durante seu processo de formação continuada, ofertada por meio da RMS, em saúde da família e comunidade, compartilhando as experiências de aprendizagem e de trabalho. A experiência proporciona um saber que é estabelecido por meio da mediação entre o vivido (prático) e o conhecimento (teórico), e isso é percebido por meio da forma como se vai respondendo e dando sentido ao que nos ocorre¹³.

Por meio do método narrativo, são descritos fragmentos sucintos e memoráveis da rotina da unidade de saúde, com a presença do fisioterapeuta como membro da equipe, e são esboçados os sentimentos, inquietações e reflexões provocadas pela vivência, pela atuação cotidiana e seus enredos. Para Wittizorecki et al.^{14:20}, “narrar é considerar percursos de vida e entrar em contato com lembranças (distantes ou próximas), sentimentos e subjetividades”. No entanto, isso não está condicionado somente ao processo descritivo, redatorial, mas apresenta íntima relação com os processos de aprendizagem ou experiências profissionais

individuais que podem trazer à literatura uma base realística que muitas vezes projeta o que é encontrado em outros segmentos da mesma realidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SISTEMA DE SAÚDE DE HORIZONTE, CE

O município de Horizonte pertence à região metropolitana de Fortaleza, CE, e possui umas das maiores economias do estado, o que justifica sua explosão demográfica e a industrialização crescente na região ao longo dos anos. Sua população é de 55.154¹⁵, e o município conta com o apoio de um Nasf composto por cinco profissionais, sendo eles, dois nutricionistas (40 h), duas assistentes sociais (30 h) e uma fisioterapeuta (20 h), sendo esta responsável por assistir 23 equipes de saúde da família, distribuída em 21 unidades de atenção primária em todo o município.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)¹⁶, o município contempla 81% da população com a assistência da atenção primária, melhorando índices como a porcentagem de crianças com esquema vacinal básico em dia, baixa taxa de desnutrição e de hospitalização por pneumonia, dentre outros. Esses índices atrelados a outros quesitos levaram o município a conquistar o selo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) de aprovação por avançar, para crianças e adolescentes, as políticas de educação, proteção e de saúde, conforme noticiam veículos oficiais do município na internet.

A Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012¹⁷, determina a conformação do Nasf considerando a quantidade de horas trabalhadas por cada especialidade mais a quantidade de equipes assistidas pelo Núcleo. Nesse sentido, o Nasf municipal, por ser do tipo dois, deve prestar apoio a, no máximo, quatro ESF. Mas essa não é a realidade do município aqui apresentado, onde o Nasf extrapola o número de ESF em quase seis. Infelizmente, tal situação também é observada em outros municípios do país, onde a realidade do Nasf perpassa uma área de saúde extensa com diversas equipes de ESF, maiores do que as previstas e com pouco número de profissionais. Isso dificulta a execução das atribuições do Núcleo e sobrecarrega a equipe^{2,5,18}.

Além do Nasf, o município de Horizonte conta também, desde 2011, com um Núcleo formado por profissionais residentes em saúde da família e comunidade, que formam mais uma equipe composta por quatro profissionais – nutricionista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta – com carga horária total de 60 horas semanais, sendo que a maior porcentagem é ocupada por atividades – práticas na UBS e centros comunitários chaves locais –, enquanto o restante do tempo é voltado para discussões, formação teórica e rodas com tutores e preceptores.

O Nasf-residência ficou responsável por três ESF com equipe completa. Desses profissionais, nenhum havia tido experiência de trabalho com atenção primária anteriormente, e somente um já havia estudado e vivenciado o Nasf na graduação.

As atividades do Nasf-residência se diferenciavam do Núcleo municipal pela liberdade de atuação e apropriação do território, visto que o vínculo não empregatício e as relações de poder não se chocavam com a atividade dos residentes. Dessa forma, os residentes tinham liberdade para realizar atividades de promoção da saúde, não sofriam assédios por produção, demanda de atendimentos restritos e equilibrados com as atividades educativas, e tinham a possibilidade de participação política sem conflitos de interesses locais. Além de contar com o apoio de funcionários do município que atuavam como preceptores de núcleo e de campo. Quanto ao Nasf municipal, suas atividades eram voltadas para as visitas domiciliares a outras equipes não apoiadas pelos residentes, sendo responsáveis por 19 ESFs, tinham uma demanda crescente de casos nas áreas e seus horários de atendimentos nem sempre coincidiam, o que dificultavam as ações em grupo.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO FISIOTERAPEUTA NO NASF DO MUNICÍPIO

Visitas domiciliares

Tendo em vista a quantidade de equipes a qual o Nasf municipal prestava apoio e a demanda de pacientes acamados, as atividades do fisioterapeuta prioritariamente eram voltadas para as visitas domiciliares de casos de média complexidade e que estavam em um processo de restrição no leito por condição traumato-ortopédica e/ou neurológica, como de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico (AVE), tratando assim as repercussões motoras e respiratórias ligadas ao quadro do paciente. Porém, conforme relata Reis et al.¹⁹, ainda existe uma dificuldade no rompimento da prática ambulatorial na atenção primária. Mesmo dentro da visita domiciliar, a caracterização da assistência e a maneira como ela é destacada se configura, algumas vezes, como uma ação clássica ambulatorial sem foco preventivo ou de rastreamento.

Apesar disso, é sabido que a visita domiciliar permite ao profissional fisioterapeuta conhecer a realidade das famílias e comunidades, pelas quais ele é responsável, e permite a geração de vínculos e uma humanização permanente²⁰. A formação desse vínculo ficou perceptível por meio do reconhecimento do fisioterapeuta quando ele chegava à residência do paciente, na adesão das orientações dadas e na procura desse profissional para esclarecer dúvidas ou outras questões relacionadas à saúde do paciente ou de outro membro da família. Para Souza et al.²¹, a lógica da visita na atenção primária deve

estar longe de uma assistência domiciliar como uma extensão ambulatorial, uma vez que é importante empoderar e estimular os sujeitos da família e da comunidade, bem como o próprio paciente, a ser corresponsável por seu estado de saúde.

Contudo, apesar de se reconhecer a importância das visitas domiciliares, ressalta-se que existia um entrave logístico relacionado ao deslocamento do fisioterapeuta até a residência dos pacientes, cujas moradias são ora nos limites da área urbana, ora nos limites da área rural, considerando ainda que o município é atravessado por uma rodovia federal. Embora a Portaria GM nº 154²² assegure que cada equipe de Nasf obtenha seu transporte próprio, a realidade é que esses veículos, às vezes, são realocados ou compartilhados com outros setores, o que inviabiliza o trabalho de todos os profissionais, sobretudo do fisioterapeuta do município, cuja demanda de visitas era maior. Somado a isso, Souza et al.²¹ descrevem que a própria condição de saúde do paciente é uma barreira para que este chegue até o serviço.

Além da necessidade de transporte, a vivência no Nasf permite descrever que ainda é importante para a execução de um serviço adequado o uso de certos materiais para averiguação dos sinais vitais básicos, como estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso e materiais de proteção individual e estéril (por exemplo, luvas de procedimento). Para a prescrição, demonstração e execução de exercícios domiciliares, são importantes recursos mecânicos de rotina da fisioterapia, como fitas elásticas, halteres, bolas de tamanho pequeno e médio, dentre outros instrumentos conforme as demandas do território.

Além das dificuldades na execução do trabalho, alguns autores apontam que o modelo formativo do fisioterapeuta é mais um fator que dificulta o trabalho na atenção primária. Como já sabido, o currículo de fisioterapia, sobretudo dos profissionais que possuem formação anterior ou concomitante a implantação do Nasf em 2008, não tem um direcionamento para as práticas coletivas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e para o trabalho interdisciplinar, o que impacta na atividade do Nasf por desconfigurar sua execução em sua própria ideologia^{17,22}.

De fato, durante o trabalho como residente em saúde da família e comunidade, foi possível perceber que estar em um processo formativo, por meio do Programa de Residência Multiprofissional, fornece ao residente a visão ampliada e adequada da política Nasf, compreendendo *in loco* o que ela é e podendo prontamente executar o que é sistematizado nos encontros teóricos e rodas tutoriais e de discussão com preceptores. Esse fato é o mais rico visto que o profissional é formado na teoria e na prática para o serviço que ele está desempenhando.

Apoio matricial

A lógica do apoio matricial, base sob a qual se estrutura o Nasf²³, foi reavivada no município após discussão com preceptores e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) onde atuavam os residentes em saúde mental. Inicialmente, era uma roda de estudo de caso, mas se converteu em encontros regulares para resolução de casos leves e moderados no território. No entanto, a quantidade de ESF sobre responsabilidade do fisioterapeuta e a dificuldade no transporte reduziu os encontros e a partilha de saberes com a ESF. Porém, o apoio matricial foi facilitado para o fisioterapeuta residente que, por seguir um regimento institucional, era responsável por apenas três ESFs, e ficava fixo na unidade de ocorrência dos encontros matriciais.

Para que pudesse ser mais efetivo, os encontros poderiam variar de local tendo em vista a dificuldade de locomoção. Nos encontros, sentia-se falta de telefones institucionais em algumas unidades para se falar com determinados profissionais, e o rigor das agendas de serviços, ainda centrada no atendimento clínico, sem falar da dificuldade de alguns membros da ESF, entendiam que as questões de saúde mental também pertenciam às demandas da atenção primária.

Educação em saúde

Para contemplar a necessidade de intervenção à pessoa idosa no município, foi formado um grupo de idosos na Casa do Idoso, próxima a Unidades de Atenção Primária (UAP), cujo objetivo era a promoção da saúde física e funcional. Nesse grupo, somente havia a intervenção de fisioterapeutas e internos de fisioterapia abordando as questões de independência funcional, cognição e bem-estar geral. Contudo, foi primordial no trabalho em equipe o esclarecimento do papel do fisioterapeuta diante das diversas atividades desempenhadas. Quando as atividades envolviam a equipe multidisciplinar em especial, o fisioterapeuta residente procurava romper com a ideologia “clicherizada” que restringia sua participação às práticas de alongamento inicial e final, ou às atividades de relaxamento e automassagem, buscando mostrar que a potencialidade da profissão é mais ampla.

Dessa forma, buscou-se participar de discussões das repercussões clínicas e, a partir das problemáticas apresentadas, orientar quanto a exercícios específicos (riscos e benefícios em situações de hipertensão e diabetes), falar sobre cuidados no uso de recursos térmicos e aplicação da auriculopuntura nas intervenções grupais relacionadas à prevenção de doenças etc. Apesar dessa abordagem, nas intervenções coletivas, sentiu-se falta de microfones e alto-falantes, insumos de papelaria, desde cartolina até lápis colorido e tintas para a ludicidade e

interatividade com o grupo, ou ainda de instrumentos para a aplicação da auriculopuntura que, não raro, eram financiados pela própria equipe ou pelo fisioterapeuta.

Embora tenham ocorrido essas situações, sua concretização destaca o fisioterapeuta como um potente articulador de grupo capaz de contribuir facilitando ou prestando apoio matricial. Mesmo nos temas de abordagem global na saúde, o profissional é capaz, com uma visão holística, de promover saúde e prevenir doença²⁴. Mas o que se percebe ainda é a dificuldade de profissionais de outras áreas entenderem isso, sobretudo em situações em que a profissão não atua de maneira padrão²⁵. Isso revela a necessidade de uma formação mais interprofissional, como é o caso das RMS, em que o contato diário com a práxis de outras profissões da saúde permite ampliar a visão do indivíduo e pensar na coletividade e integralidade do paciente, combinando a nossa terapia com a de outras profissões.

Sem dúvida, se fazer compreender e mostrar as formas de intervenção possíveis dentro da sua práxis é um desafio do trabalho em equipe, como ocorre no Nasf. Numa intervenção em grupo com facilitação multiprofissional, por exemplo, é necessário se pensar como cada facilitador pode contribuir com o seu conhecimento, respeitando aquilo que é inerente a sua profissão, mas que pode ser benéfico para o campo comum da saúde coletiva. Ainda assim, o fisioterapeuta consegue abrir espaço para sua atuação em diversas situações e contribui de maneira efetiva com seu conhecimento e experiência na atenção primária, desde nas ações individuais até nas coletivas^{26,27}.

Estratégias de atuação

Nesse cenário de deficiências na atuação do fisioterapeuta, ainda é possível destacar a importância de se buscar estratégias para superação das dificuldades. O profissional residente, que era locado em uma única unidade, mapeou os pacientes acamados no entorno da UAP e os visitava sem o auxílio do transporte da unidade – quando não se pactuava com outros profissionais que tinham de visitar ou fazer curativos para que se dividisse o percurso do carro. Apesar disso, muitos pacientes não conseguiam ter visitas frequentes e o monitoramento de seu quadro se tornava deficitário, sem falar do caráter breve da visita, tendo em vista que o carro estava tendo suas atividades compartilhadas.

Quanto às atividades de educação em saúde, embora não ocorressem de maneira regular no município – justificado pelos profissionais pela dificuldade de se distanciar das demandas de atendimentos individuais, principalmente na sede –, às terças-feiras e quintas-feiras pela manhã, eram realizadas atividades de orientação em saúde por meio de palestras, com uso de vídeos e dinâmicas. A população se mostrava bem receptiva às orientações

de saúde, até mesmo interagindo. Nessas ocasiões, os assuntos abordados eram relacionados a questões de saúde em geral, assim como a saúde física e funcional. Mesmo tendo a direção do fisioterapeuta residente, a abordagem era multidisciplinar com a integração de todos os membros do Nasf e das ESF.

Facilidades do trabalho do fisioterapeuta do Nasf em Horizonte, CE

O município conta com uma rede estruturada de saúde, com cobertura de 100% das famílias por meio de 23 ESF, divididas em 21 UAP, do hospital e maternidade municipal, com atendimentos eletivos, e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com atendimentos de urgência e emergência. Cada um dos equipamentos, principalmente os da atenção básica, conta com estrutura física apropriada para a realização dos serviços prestados, por exemplo, quantidade máxima de três ESF em cada UAP, salas climatizadas, computadores com acesso à internet, insumos para operacionalização das atividades e corpo humano técnico, administrativo e superior efetivados, em sua maioria, por meio de concurso público, dentre outros.

Aliados a esses fatores, pode-se destacar a amplitude do acesso aos serviços especializados mediante referências advindas, sobretudo, das UAP, a existência de uma policlínica, de um Centro Atendimento Clínico Especializado (Cace) voltado para crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) para atendimento clínico de pacientes que estejam em internação ou acompanhamento domiciliar e que não podem se locomover até a unidade básica, além da rede de saúde mental, com a presença do Caps, tanto na modalidade Geral quanto de Álcool e Outras Drogas, com abrangência para todo o município.

Todo esse aporte permite ao fisioterapeuta do Nasf realizar um trabalho mais efetivo à medida que é compartilhado com outros serviços e setores, ofertando ao paciente a oportunidade de ter outros olhares e mais avaliações que venham complementar a sua assistência. Contudo, apesar de existir uma rede atuante concreta, o trabalho mostra sinais de que é feito em caráter individual, não havendo debates e conversas entre os serviços, embora seja notado que há uma tentativa dos profissionais do Nasf, em especial dos fisioterapeutas, em interligar essas áreas por meio de visitas às instituições, formação de vínculos institucionais com esses atores, palestras, facilitação e participação de cursos e reuniões de matriciamento.

Nesse contexto, a presença de residentes num município se torna uma fortaleza para a consolidação das práticas do SUS, desde a execução e ampliação do serviço até a manutenção de seus princípios norteadores. De fato, entre abril de 2015 e abril de 2016, por exemplo, o município de Horizonte contava com quatro fisioterapeutas residentes cobrindo

seis equipes de saúde da família, tanto na área rural quanto na urbana, reduzindo os locais de responsabilidade sanitária do fisioterapeuta do Nasf que pôde melhor concentrar sua atenção em regiões que eram menos assistidas (por conta da escassez de profissionais na atenção primária do município).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compor o SUS, que vem sendo cada vez mais fragilizado, e ofertar uma assistência integral ao indivíduo, por si só já se constitui um desafio. No município relatado, esses desafios estão interligados e são determinados por uma equipe reduzida – um Nasf com um Fisioterapeuta (20 h) –, pela quantidade de ESF sob a responsabilidade desse profissional e pela dificuldade do apoio logístico com o transporte. Contudo, o profissional fisioterapeuta do município conta ainda com um sistema de saúde bem constituído e com o trabalho dos profissionais residentes que dividem a responsabilidade sanitária do território.

Apesar das dificuldades, observa-se um empenho ao buscar estratégias para a concretização do serviço, mas que isso não deve ser visto como uma atribuição do cargo, pois o que se deve dar a todos os profissionais do Nasf é uma condição mínima de trabalho visando à melhora dos determinantes de saúde da população e da comunidade local. Em especial, há a necessidade de aporte de materiais e apoio logístico aos fisioterapeutas frente às demandas populacionais dos últimos tempos, percebidas pelo número crescente de acamados e de pacientes com sequelas ocasionadas por acidente vascular encefálico, sem falar das sequelas referentes ao envelhecimento populacional, das relacionadas às doenças crônico-degenerativas e exantemáticas, como dengue, chikungunya e zika.

As informações aqui descritas são evidenciadas em outros municípios do país, o que leva a responsabilidade, sobretudo a dos gestores em saúde, para saber onde devem requerer, por meio de concursos públicos e para locação específica, profissionais de fisioterapeuta do Nasf, com carga horária de 30 horas semanais. Essa é uma maneira de ofertar aos moradores da cidade orientações em fisioterapia e uma assistência domiciliar e preventiva maior. Além disso, devem ofertar aporte logístico e aparatos para a concretização das atividades propostas – contribuindo para que o fisioterapeuta foque, de maneira eficaz, ações coletivas de promoção da saúde à medida que fornece uma assistência integral aos usuários de saúde e à comunidade –, e providenciar uma equipe multiprofissional, de preferência com formação teórico-prática para o SUS, como ocorre com os egressos de residência que ainda não encontraram espaço de atuação permanente no SUS, visto que não são incorporados ou absorvidos pelos serviços que os formaram.

É importante que se perceba que o SUS investe na formação profissional por meio dos programas de residência, que tem um direcionamento específico para as demandas de serviço da população que, de outra forma, seriam mais difíceis ou mais demoradas de serem realizadas. Esse investimento precisa retornar para o usuário na forma de um trabalho humano, integral, intersetorial e resolutivo. Embora neste estudo não tenham sido coletadas as informações da população ou de outros profissionais que trabalharam com os profissionais residentes e seja um artigo sob a ótica unipessoal, pode-se perceber que essa modalidade de formação dá condição de se fazer um serviço mais próximo do preconizado pelo SUS, aperfeiçoa a visão crítica sobre o sistema de saúde e qualifica o profissional que lida com o território.

Assim, estudos futuros devem analisar os possíveis prejuízos da não absorção do profissional residente aos serviços do SUS, sobretudo no Nasf, onde ainda existe uma lacuna de compreensão das competências não contempladas em algumas graduações. Além disso, é importante apontar indicadores para o trabalho do Nasf e se fazer uma análise de como a formação da RMS contribui na melhoria desses indicadores e no próprio processo de trabalho dos profissionais, independente da categoria profissional.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Paulo Henrique Caetano de Sousa, Denise Gonçalves Moura Pinheiro, Gisele Maria Melo Soares Arruda e Bernardo Diniz Coutinho.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Paulo Henrique Caetano de Sousa, Denise Gonçalves Moura Pinheiro, Gisele Maria Melo Soares Arruda e Bernardo Diniz Coutinho.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Denise Gonçalves Moura Pinheiro e Gisele Maria Melo Soares Arruda.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Paulo Henrique Caetano de Sousa e Bernardo Diniz Coutinho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: diretrizes do Nasf. Brasília (DF); 2009.
2. Shiwa SR, Schmitt ACB, João SMA. O fisioterapeuta do estado de São Paulo. *Fisioter Pesqui.* 2016;23(3):301-10.

3. Souza FR. Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) na atenção básica do estado do Ceará [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2013.
4. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2015;39(esp.):105-19.
5. Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde Debate*. 2016;40(110):95-106.
6. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em Saúde. *Saúde Debate*. 2015;39(esp.):221-31.
7. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(4):492-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Educação na saúde. Brasília (DF); 2005.
9. Pereira FWA, Mangueira JO, Monteiro MPA, Vêras MMS, Lima VCS, Barrocas TCP, Lucena D. A inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família em Sobral/CE. *Sanare*. 2004;5(1):93-100.
10. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde Soc*. 2010;19(4):814-27.
11. Ferretti F, Lima L, Zuffo A. Perception of the Family Health Program professionals about the need for insertion of physiotherapist in the team. *Fisioter Mov*. 2014;27(3):337-47.
12. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(2):113-22.
13. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ*. 2002;19:20-8.
14. Wittizorecki ES, Bossle F, Silva LO, Oliveira LR, Günther MCC, Santos MV, et al. Pesquisar exige interrogar-se: a narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). *Movimento*. 2006;12(2):9-33.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro (RJ): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informação da atenção básica. Brasília (DF); 2010.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefinição dos parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a modalidade Nasf 3, e dá outras providências. Brasília (DF); 2012.
18. Oliveira PRS, Reis F, Arruda CAM, Vieira ACVC, Tófoli LF. Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza – CE. *Cadernos Esp.* 2012;6(1):54-64.
19. Reis MLS, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do núcleo de apoio à saúde da família (Nasf). *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):e2810014.
20. Valença TDC, Silva LWS. Vivências de graduandos e fisioterapeutas no contexto domiciliários à pessoa idosa fragilizada. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2017;22(2):153-66.
21. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. Nasf's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter Mov.* 2016;29(4):741-50.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília (DF); 2008.
23. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* 2011;20(4):961-70.
24. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. *Fisioter Mov.* 2017;30(4):703-13.
25. Sousa PHC, Domiciano BR, Gonçalves MO, Teles MD, Pinheiro FML Jr, Macena RHM. Educação em saúde e fisioterapia: prevenção ao uso de drogas para adolescentes em vulnerabilidade social. *Rev Fisioter S Fun.* 2013;2(2):21-6.
26. Macena RHM, Domiciano BR, Moreira MA, Correia MB, Ferreira RM. Fisioterapia e promoção da saúde. Fortaleza (CE): Premium; 2013.
27. Fernandes SCS, Ros MA. Desconstruir para transformar: o perfil do fisioterapeuta para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Fisioter Bras.* 2018;19(2):249-58.

Recebido: 7.4.2018. Aprovado: 20.3.2020.