

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

The role of the physical therapist in the family health internship program: an experience report

Raphaela Di Cavalcanti Sales¹

RESUMO

Para ampliar as ações da atenção básica por meio da inserção de novos profissionais e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, compostos por, no mínimo, cinco profissionais, dentre os quais se inclui o fisioterapeuta. Apesar de a fisioterapia ser definida como uma profissão que atua nos três níveis de atenção à saúde, sua prática ficou quase restrita aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Este relato de experiência justifica-se pela carência de estudos sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica e pelos escassos registros das experiências municipais e dos processos de estruturação da fisioterapia no nível primário de atenção à saúde. Portanto, o presente estudo teve como objetivo descrever o papel do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com base na experiência vivida na Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), na Unidade de Saúde da Família Tasso Bezerra/Chié II – Recife/PE, no período de agosto de 2010 a março de 2012. Os instrumentos metodológicos utilizados foram o diário de campo e a escala de risco de Coelho e Savassi. Para planejamento e intervenção na ESF, as ações desenvolvidas foram divididas em quatro eixos: promoção da saúde, atendimento individualizado, educação permanente/matriciamento e controle social, de acordo com as atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do IMIP. Ao término do prazo do estudo, inferiu-se que o fisioterapeuta pode atuar nos três níveis de atenção, incorporando as ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos e assistência, desenvolvendo, assim, uma prática integral em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Saúde da Família; Atenção Básica.

ABSTRACT

In order to amplify the action in primary attention, through the insertion of new professionals and the increase in quality and resolutivity of the health attention, the Health Family Support Nuclei were created in 2008; composed of at least five professionals, amongst them the physical therapist. Although being physiotherapy defined as a profession that acts in the three healthcare levels, its practice was essentially restricted to the secondary and tertiary levels. This experience report is justified by the lack of studies about the physical therapist role in primary attention and by the fact that there are not records of municipal experiences and implantation process. This study has, therefore, the objective of describing the participation of the physical therapist in the family health strategy, based on the experience from the Health Family Multiprofessional Residence Program from the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, from August 2011 to March 2012, at the Tasso Bezerra/Chié II Family Health Unity, in Recife, Pernambuco. The methodological instruments used were the research diary and Coelho and Savassi's risk scale (2004). In order to plan and intervene in the health family strategy, the actions are divided into four axis: health promotion, individual attention, permanent education/matricial support and social control, according to the Family Health Multiprofessional Internship Program. When concluding this study, it was possible to consider that the physical therapist can act in the three health attention levels, including the health promotion and protection actions, diseases prevention and assistance, thus developing an integral health practice.

KEYWORDS: Physiotherapy; Family Health; Primary Attention.

¹ IMIP. E-mail: aphaelacsales@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, o processo de redemocratização e as discussões sobre reformas políticas na saúde ganharam força no Brasil.¹ A crise do modelo de saúde baseado na assistência médica hospitalocêntrica, individual e curativa, associada às ideias de atenção primária à saúde propostas pela Declaração de Alma-Ata, levou ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e à criação e implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS).²

O SUS caracteriza-se pelo direito à saúde e sua extensão a toda a população, como direito fundamental à vida e à cidadania e tem por objetivo tratar a saúde como qualidade de vida, baseando-se nos princípios de regionalização, hierarquização e nas diretrizes de atendimento integral, descentralização e participação da sociedade.^{3,4}

O Brasil, conhecedor dos cuidados primários de saúde, implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família, que mais tarde veio a se tornar uma estratégia de reorganização do modelo assistencial. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe um novo enfoque do processo saúde-doença, levando os profissionais para perto das famílias e traçando suas ações de acordo com a realidade do território de abrangência.²

Nessa perspectiva, as equipes de saúde da família têm como desafio ampliar o acesso aos serviços de saúde, trabalhar, de maneira interdisciplinar, por meio de uma interpretação ampla de saúde, com as ideias de integralidade da atenção, promoção da saúde, desenvolvimento de corresponsabilidades, humanização da assistência e formação de vínculo com a comunidade, a fim de melhorar a efetividade do trabalho.^{5,6,7}

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, veio com o objetivo de ampliar as ações da atenção básica (AB), por meio da inserção de novos olhares sobre as necessidades de saúde da população coberta pela ESF, melhorando a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde. Os núcleos são compostos por, no mínimo, cinco profissionais, dentre os quais se inclui o fisioterapeuta.^{8,9}

Apesar de a fisioterapia poder atuar nos três níveis de atenção à saúde, sua prática ficou quase restrita aos níveis secundário e terciário.¹⁰ O fato de a prática profissional do fisioterapeuta focar-se no espaço terapêutico reservado ao tratamento das pessoas com acometimentos físico-funcionais direcionou seu objeto de trabalho para a terapia das doenças, centrando-se mais na atenção curativa e reabilitadora.¹¹

No entanto, o fisioterapeuta pode atuar em conjunto com os outros profissionais da AB, desenvolvendo uma prática integral que contemple a humanização, o acolhi-

mento dos usuários, o atendimento compartilhado, a educação em saúde, entre outros, quebrando o paradigma de ser um profissional apenas reabilitador.¹²

As mudanças na organização social, no perfil epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde geraram a necessidade de redimensionamento do objeto de trabalho da fisioterapia, aproximando-o da promoção da saúde, sem abandonar a reabilitação. Como a inserção do fisioterapeuta na AB é um processo em construção, há carências de estudos sobre sua atuação nesse nível de atenção e as experiências municipais não possuem registros dos processos de implantação dessa atuação profissional no nível primário de atenção à saúde. Apesar de algumas experiências exitosas, o fisioterapeuta ainda tem pouca expressão na atenção primária, o que revela a necessidade de publicações dessas experiências e de sua interlocução com trabalhos já publicados, na perspectiva de se construir referências para a nova formação dos profissionais, visando contemplar princípios e diretrizes do SUS.

Assim, o presente estudo consiste num relato de experiência que tem como objetivo descrever o papel do fisioterapeuta na ESF, com base na experiência vivida na RMSF do IMIP, em unidade de saúde de família do município de Recife/PE, à luz do conhecimento e aprimoramento das práticas individuais e coletivas.

DESENVOLVIMENTO

A descrição da experiência ocorrerá em dois momentos. No primeiro, serão delimitados o desenho do estudo, o panorama encontrado e os instrumentos de coleta de dados utilizados. No segundo, será enfocada a ação do fisioterapeuta na RMS, desenvolvida em consonância com as diretrizes do NASF, englobando a territorialização, o planejamento das ações e a intervenção na ESF.

Desenho do estudo, panorama e instrumentos de coleta de dados

O presente estudo, de caráter descritivo, observacional e retrospectivo, consiste num relato de experiência sobre a atuação do fisioterapeuta na ESF, por meio da RMS/IMIP, vivenciada na Unidade de Saúde da Família (USF) Tasso Bezerra/Chié II, situada no Bairro de Campo Grande, cidade do Recife, no período de agosto de 2010 a março de 2012.

No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde. A primeira turma de RMS

do IMIP foi implantada em 2003 e hoje já está em sua 8ª turma de residentes.

No processo de implantação das primeiras turmas da RMS/IMIP, as categorias profissionais envolvidas eram apenas as de médicos, enfermeiros e odontólogos; com o passar do tempo, foram incorporadas as categorias: Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia.

A RMS/IMIP tem com objetivo desenvolver competências, fundamentadas nas diretrizes do SUS, da integralidade, do modelo de vigilância à saúde, para exercer ações específicas de acordo com o núcleo de saber e prática da área profissional, nos diferentes Campos de Saberes e Práticas, previstos no Programa.¹⁴

A referida USF, sítio da experiência, tem uma equipe de saúde da família no Distrito Sanitário II, microrregião 2. O DS II possui uma área de 1480 hectares, dividida em 18 bairros, dentre eles Campo Grande, e abriga 221.234 habitantes, correspondendo a 14,39% da população do Recife.¹⁵

Os instrumentos metodológicos utilizados durante o período da experiência foram o Diário de Campo e a Escala de Risco de Coelho e Savassi. O diário de campo corresponde a um caderno de registro diário individual no qual se colocam todas as observações e impressões que não sejam resultado das entrevistas formais, incluindo informações sobre comportamentos, gestos, expressões, entre outros, que digam respeito ao tema estudado. Por ser um registro pessoal, o diário de campo não é neutro, pois leva em conta os pré-conceitos, pré-conhecimentos, ideias e posicionamentos de quem faz o registro da realidade vivenciada, de acordo com o que se vê, o que se ouve e o que se pensa durante a observação.¹⁶

A escala de risco de Coelho e Savassi (2004), instrumento baseado na ficha A de cadastro familiar, possibilita estabelecer prioridades de visitas domiciliares, de acordo com sentinelas de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais as famílias que demandam maior atenção.¹⁷

Territorialização, planejamento das ações e intervenção na ESF

O registro no diário de campo de cada uma dessas etapas ocorreu com base no plano de atividades construído pelos integrantes do PREMUSF, de acordo com situações já vivenciadas no território.

Para a territorialização, foi pactuado pelos integrantes da RMS/IMIP que a base para obtenção dos dados e das informações da área coberta pelas duas equipes de saúde da família seria a ficha A, ficha de cadastro familiar que contém dados básicos de identificação, caracte-

rísticas socioeconômicas, de saúde (morbidade referida) e de moradia das famílias.¹⁸ A escala de risco de Coelho e Savassi foi aplicada com base nas informações da ficha A e, a partir dela, foram identificadas as famílias que demandavam maior atenção do serviço de saúde. Ainda quando da territorialização, outras fontes de dados foram utilizadas, a saber: sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), sistema de informação da atenção básica (SIAB) e sala de situação das duas equipes de saúde da família.

Com base no panorama resultante da territorialização, obtiveram-se dados e informações para caracterização da área, como situação geográfica, equipamentos urbanos, rede elétrica e riscos ambientais; caracterização social, econômica e cultural da população, como os aspectos demográficos, a composição familiar, os vínculos empregatícios, o grau de escolaridade das famílias, as festas típicas, produções artísticas e culturais, os aspectos políticos, entre outros; e caracterização epidemiológica, como os agravos de notificação preponderantes na área coberta. Tais informações serviram de base para planejamento e intervenção na ESF, com as ações a serem desenvolvidas divididas em quatro eixos: promoção da saúde, atendimento individualizado, educação permanente/matriciamento e controle social, de acordo com as atividades da RMS.

O planejamento das atividades ocorreu por meio de uma oficina realizada junto à equipe de saúde da família, na qual as informações resultantes da territorialização foram validadas e as ações para cada eixo de atuação foram identificadas.

No eixo de promoção da saúde, foram identificadas as seguintes atividades: ofertar a formação de grupos e/ou contribuir com as atividades daqueles já existentes na USF e no território (de convivência, socioeducativos, operativos, entre outros), criando, inclusive, espaços de cuidado, construções mútuas e escuta dos profissionais da equipe em relação ao seu cotidiano de trabalho (grupo cuidando do cuidador); promover e/ou divulgar campanhas de saúde em consonância com o calendário nacional de saúde e outros na perspectiva da intersetorialidade; realizar rodas de conversa, sala de espera e oficinas com famílias e outros atores sociais do território, abordando temas diversos, baseando-se na educação popular; e promover caminhadas comunitárias e atividades coletivas “de rua” para crianças e adolescentes, utilizando os recursos comunitários existentes (gincanas, campeonatos na praça, entre outros).

Em parceria com a ESF e o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI), construímos o grupo de gestantes e de mães (puérperas), com o objetivo maior de

ampliar o vínculo da mãe com o bebê, o apoio mútuo dos envolvidos (gestantes, avós, pais) e dúvidas frequentes, que ainda funciona na unidade, assim o como o grupo de idosos em parceria com a Academia da Cidade e o NASF - Recife. Já o grupo de adolescentes não teve continuidade com o fim da residência.

No eixo de atendimento individualizado, incluem-se a visita domiciliar (VD), o atendimento domiciliar (AD) e o atendimento individual na USF. Para execução dessas atividades, foram definidos critérios de demanda para o fisioterapeuta, priorizando as condições de saúde identificadas na territorialização. No caso das VD, utilizaram-se como critérios a demanda das equipes e a estratificação das famílias pela escala de risco de Coelho e Savassi. Para AD, definiu-se que esse ocorreria nos casos em que os usuários fossem portadores de doenças crônico-degenerativas e/ou acamados, sem nenhum acompanhamento prévio ou absorção por outros serviços da rede especializada de saúde, sem possibilidade de deslocamento, e nos casos em que o usuário e a família não pudessem seguir as orientações compartilhadas em VD. Em relação ao atendimento individual na USF, seguiram-se os critérios de AD para os usuários que tinham possibilidade de deslocamento até o posto de saúde.

Na unidade do estudo, havia 10 acamados, os quais foram visitados e seus cuidadores orientados sobre os cuidados especiais necessários a cada caso. Os atendimentos individuais realizados foram, em sua maioria, de crianças com atraso no desenvolvimento motor, usuários com algias em coluna lombar e cervical, pós-operatório (mastectomias, amputações, quedas, acidentes, entre outros) e doenças crônico-degenerativas.

No eixo de educação permanente/matriciamento, definiu-se como atividade a realização do suporte técnico-pedagógico (matriciamento), por meio de atendimento compartilhado, estudo de casos e situações, rodas de conversa, oficinas, exposição dialogada, exibição de vídeos, entre outros, priorizando os aspectos identificados na territorialização. Alguns temas abordados durante o período de residência foram: Asma, Coqueluche, Câncer de Mama, Amamentação, Fisiologia do Envelhecimento, Fisiologia da Gestação, Avaliação do Desenvolvimento Motor, Diabetes, Hipertensão, Hábitos de Vida Saudável, Memória.

No eixo de controle social, identificaram-se como ações a organização e a participação nas reuniões da equipe com a comunidade, propondo o redesenho do espaço, de modo que ele se tornasse atrativo, acolhedor e resolutivo, a fim de promover a discussão com a comunidade sobre a situação de saúde da área coberta no espaço da USF, fortalecendo o controle social; a participação nas reuniões mensais do conselho de saúde do distrito sanitário II e

da cidade do Recife; a participação nas conferências de saúde; o apoio aos mecanismos de mobilização social; e a divulgação da existência da ouvidoria como meio de o usuário poder manifestar seus desejos e suas insatisfações.

CONCLUSÃO

A atuação do fisioterapeuta junto à ESF é um processo em edificação e, apesar de suas possibilidades de intervenção nos campos da prevenção e da promoção da saúde, seu papel ainda continua atrelado a desempenhar o atendimento ambulatorial e domiciliar. No entanto, o presente relato de experiência mostra que a inserção de profissional na atenção básica com o olhar voltado ao cuidado da manutenção e garantia do movimento com qualidade, enxergando o usuário para além das patologias e queixas, é uma experiência valiosa para a equipe de saúde da família e, principalmente, a comunidade. É palpável que o fisioterapeuta pode e deve atuar nos três níveis de atenção à saúde, sem que suas atribuições se restrinjam à reabilitação, mas incorporado o comprometimento com as ações de promoção e proteção à saúde, de prevenção de agravos e de assistência, desenvolvendo uma prática integral e interdisciplinar de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Schneider A et al. Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito humano à saúde. Passo Fundo: CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular; 2005.
2. Barbosa EG et al. Abordagens domiciliares da fisioterapia na atenção básica: revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares, MG: Universidade Vale do Rio Doce, Curso de Fisioterapia; 2008.
3. Viana GS, Cicotoste CL. A importância da inserção do profissional fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF): uma revisão bibliográfica. In: II Seminário de Fisioterapia da Uniamérica: Iniciação Científica; 2008; Foz do Iguaçu. Anais Foz do Iguaçu: ISBN; 2008. p. 144-149.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
5. Mandu ENT et al. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enfermagem. 2008; 17(1):131-140.

6. Fracischini AC, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Investigação*. 2008; 8(1-3):25-32.
7. Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. O trabalho em equipe. 2005.
8. CONASS. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília; 2007 [Acesso em 2010 fev. 22]. Disponível em: <<http://tinyurl.com/yhnruwl>>.
9. Brasil. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 [Acesso em 2010 jan. 11]. Disponível em: <<http://tinyurl.com/yb3qpsp>>.
10. COFFITO. Fisioterapia/Definição. 2007.
11. Freitas MS. A Atenção Básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
12. Peixoto FF, Mattos, MFO, Barbosa EG. Atuação da fisioterapia na atenção básica: revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares, MG: Universidade Vale do Rio Doce, Curso de Fisioterapia; 2007.
13. Instituto Marista de Solidariedade. Sistematização de experiências: uma introdução ao tema. In: Sistematização de experiências em Economia Solidária. 1ª ed. Brasília; Instituto Marista de Solidariedade; 2009. (Série Marista Social. v. 2).
14. RMS. Manual do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Recife: [s.d.], 2012.
15. Metodologia de divisão do território do Recife adotada no Atlas Municipal do Desenvolvimento Humano. In: Bitoun J; Miranda LIB de, Paiva MGD de (Org.). Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife: democratizando e disseminando informações. Recife: FASE – Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional. Prefeitura do Recife; 2008.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.
17. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2004; 1(2):19-26.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Submissão: setembro de 2013

Aprovação: dezembro de 2015
