

A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Physiotherapy in Primary Health Care: experience report in the
Multiprofessional Residence in Collective Health

Marcelli Evans Telles dos Santos

Graduação em Fisioterapia e Doutorado em Ciências da Saúde
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Pampa
E-mail: marcelli.mets@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6912-4920

Rodrigo de Souza Balk

Graduação em Fisioterapia e Doutorado em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Pampa
E-mail: rodrigo.balk@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5254-6732

Resumo

Objetivo: Objetivou-se relatar a experiência enquanto residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa, acerca da atuação como fisioterapeuta, sobre os desafios, aspectos positivos e dificuldades, bem como refletir sobre a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde nas coletividades. **Método:** A experiência refere-se a um período de dois anos, 2018 e 2019, com a maior parte da carga horária cumprida na atenção primária à saúde em ESFs, seguida da atuação ambulatorial e no serviço de hemodiálise. **Resultados:** Dentre as atividades foram realizados grupos educativos, orientações, avaliações em campanhas, salas de espera, participação no Programa Saúde na Escola, atividades de educação permanente dos profissionais, visitas domiciliares e atendimentos individuais para a reabilitação física. **Conclusão:** A falta de conhecimento dos profissionais nos campos práticos sobre a atuação da Fisioterapia na atenção primária e a permanência da concepção tradicional da assistência em saúde foram os maiores desafios. Pode-se descrever a formação da residência como um período de experiência, reflexões, frustrações, desafios, inquietações, dificuldades, conquistas, aprendizado, vivência profissional e imersão no sistema público de saúde.

Palavras-chave: Fisioterapia; Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: The objective of this study was to report the experience as a resident in the Multiprofessional Integrated Residency Program in Collective Health at the Federal University of Pampa, about acting as a physical therapist, about the challenges, positive aspects and difficulties, as well as reflecting about the role of the physical therapist in promoting health in the communities. **Method:** The experience refers to a period of two years, 2018 and 2019, with most of the workload

fulfilled in primary health care in FHS, followed by outpatient care and hemodialysis service. **Results:** The activities included educational groups, orientation, campaign evaluations, waiting rooms, participation in the Health at School Program, continuing education activities of professionals, home visits and individual assistance for physical rehabilitation. **Conclusion:** The lack of knowledge of professionals in the practical fields about the role of physical therapy in primary care and the continuation of the traditional conception of health care were the biggest challenges. Residence formation can be described as a period of experience, reflections, frustrations, challenges, concerns, difficulties, achievements, learning, professional experience and immersion in the public health system.

Keywords: Physical Therapy; Primary health care; Family Health Strategy.

Introdução

teúdos. A Fisioterapia é considerada uma Ciência da Saúde que tem como foco o movimento humano. Assim, estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, seja por alterações genéticas, por traumas ou por doenças adquiridas sendo suas ações fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios¹. Embora o uso de recursos físicos e elétricos com a finalidade terapêutica já ocorresse na antiguidade, a Fisioterapia passou a ser ainda mais necessária e notada devido ao grande número de sequelas físicas decorrentes das duas guerras mundiais, sendo reconhecida a partir de então pelo seu caráter reabilitador².

No contexto brasileiro, na década de 20, a Fisioterapia surgiu devido aos inúmeros casos de crianças com sequelas físicas de poliomielite, inclusive elevada incidência, o que impulsionou a criação da primeira instituição visando a formação de fisioterapeutas, mais uma vez influenciando o perfil de atuação desse profissional na reabilitação³. Também, na primeira metade do século XX a elevação de acidentes de trabalho nas indústrias repercutiu na reabilitação da mão de obra para sua reintegração ao mercado de trabalho, demandando o surgimento da Fisioterapia³. Com relação a formação, inicialmente os cursos eram de nível técnico como auxiliares de médico e após com o Decreto Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969 a mesma passou a ser em nível superior e o exercício da profissão de fisioterapeuta foi assegurado^{2,4}.

Por muito tempo a Fisioterapia ocupava-se de tratar problemas já instalados, na reabilitação de sequelas e complicações, prestando um cuidado fragmentado em partes ou órgãos isolados do corpo. Somado a isso, a Fisioterapia consolidou-se como profissão reabilitadora também devido ao modelo curativo de atenção à saúde vigente no país na década de 70. Essa característica profissional continuou a ser por muitos anos o perfil dos egressos dos cursos, pois a formação era direcionada para a doença e de maneira descontextualizada dos princípios do Sistema Único de Saúde, com predomínio do modelo tecnicista. Além disso, por muito tempo a atuação era como profissional autônomo em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais³.

Conforme o Decreto Lei nº. 938/69 a finalidade da atividade privativa do fisioterapeuta era, por meio de métodos e técnicas, restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física. Mais adiante, com a Resolução nº 08 de 1978 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o campo de atuação da Fisioterapia foi expandido, pois de acordo com essa resolução o objetivo da atividade profissional seria a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária⁵. Assim, a ampliação da atuação foi tanto em relação aos níveis de atenção à saúde quanto a uma assistência, não somente voltada para a capacidade física do indivíduo e sim para o seu todo. Ainda, com o avançar dos anos, a Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987 procurou adequar a

atuação da Fisioterapia ao cenário sanitário brasileiro que se apresentava ampliando assim as suas atribuições⁶. Isso significa que o movimento humano passa a ser o objeto de estudos em todas as formas de expressão e potencialidades e não somente nas alterações patológicas e, ainda, o indivíduo não seria mais visto ou tratado considerando apenas as suas características biológicas, mas também a sua dimensão psíquica e social⁷. Destaca-se como marco desse cenário sanitário a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujas propostas inscritas nessa conferência subsidiaram as negociações na Assembléia Constituinte em 1988 e assim surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Caminhando para as mudanças do paradigma biomédico no cenário sanitário, também em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa e que define a promoção da saúde como o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde⁸. Considerando essa perspectiva de promoção da saúde, além da proteção, recuperação e reabilitação como objetivos do SUS, em 1994 foi proposta a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de reverter o modelo assistencial, centrado na doença, incorporar e reafirmar os princípios do SUS⁹. Em 2006 o PSF foi oficialmente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), quando a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização e consolidação da atenção primária no Brasil^{9,10}.

Nesta perspectiva de ampliação do campo de atuação, voltada também para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças, esse profissional passou a ganhar espaço na saúde pública, especialmente na atenção primária à saúde, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde evidenciou-se então a importância da inserção de outros profissionais, como o fisioterapeuta, além dos que constituem a equipe mínima de ESF, desta maneira o NASF foi criado em 2008, por meio da Portaria 154 de 24 de janeiro, para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como as ações da atenção primária à saúde^{11,12}.

Ainda, considerando a necessidade de prover, por meio de uma assistência profissional adequada e específica, as exigências da saúde coletiva previstas no sistema de saúde do país, a Fisioterapia em Saúde Coletiva foi reconhecida pelo COFFITO como especialidade do fisioterapeuta pela Resolução nº 363/2009 e mais recentemente a Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013 afirma^{13,14}:

Artigo 4º– O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

A expansão da Fisioterapia vem ocorrendo gradativamente, principalmente na atenção primária à saúde e em decorrência da necessidade de concretizar a integralidade na atenção à saúde da população. Nessa direção, com a finalidade de preparar os profissionais para a integralidade no cuidado à saúde por meio do trabalho multiprofissional foram criadas as Residências Multiprofissionais. Trata-se de uma modalidade de ensino que visa sobretudo formar profissionais aptos para trabalhar comprometidos com o SUS, buscando a integralidade e considerando as realidades locais e regionais¹⁵.

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa tem como objetivo geral capacitar profissionais de Educação Física, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas, na promoção de atributos que possibilitem o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, envolvendo as pessoas

e as comunidades, da gestão e organização do trabalho e da educação na saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da comunidade, com atuação em equipes multiprofissionais na área da saúde coletiva¹⁶. Diante disso, objetivou-se relatar a experiência enquanto residente no Programa acerca da atuação como fisioterapeuta, os desafios, os aspectos positivos e as dificuldades, bem como refletir sobre a atuação da Fisioterapia na promoção da saúde coletiva.

Método

O presente relato expõe a experiência de uma fisioterapeuta residente integrante da quarta turma do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa, durante os anos de 2018 e 2019. A atuação na Residência iniciou-se em março de 2018 com uma equipe multiprofissional composta por duas fisioterapeutas, uma nutricionista, uma profissional de Educação Física e uma enfermeira.

Como campos práticos de atuação as atividades foram desenvolvidas majoritariamente em três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no decorrer da formação houve a inserção em outros campos práticos. Desta maneira, a Fisioterapia foi inserida em ambulatório para atuação uniprofissional através da realização de atendimentos individuais à população e atuação multiprofissional na Clínica Renal municipal de Uruguaiana/RS. A atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde ocorria na mesma semana, sendo dois turnos no ambulatório, um turno na Clínica Renal e seis turnos na ESF.

A seguir, buscou-se descrever a vivência por meio da atuação uniprofissional e multiprofissional bem como apontar algumas reflexões e impressões acerca deste processo de formação. Com um delineamento transversal e descritivo, os dados que serão apresentados na sequência foram obtidos durante o período de diagnóstico situacional de cada campo prático por meio de observação, entrevistas, arquivos das unidades e da gestão em saúde do município, além de informações obtidas no e-SUS. Ainda, a prevalência das atividades realizadas durante a residência provém de registros individuais e relatórios produzidos durante essa vivência.

Resultados e Discussão

Descrição das vivências: a experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

A atuação na atenção primária durante os dois anos de Residência ocorreu em três unidades de saúde com ESF, cada uma com suas particularidades em termos de infraestrutura e espaço físico comunitário de apoio, recursos humanos, população adstrita e entendimento sobre o papel da Residência. A cada inserção nos campos práticos de atuação realizava-se o diagnóstico situacional do local como primeira atividade, o qual deveria orientar a atuação da equipe de residentes na unidade, incluindo o cadastramento de famílias no território da ESF.

Conforme os diagnósticos situacionais das ESFs a proposta de atuação, de modo particular em cada campo prático, consistiu em suma promover a saúde dos escolares, dos trabalhadores da equipe e da população adstrita, realizar educação permanente em saúde dos profissionais, promover a integração com os demais Programas de Residência em Saúde Mental e em Medicina Veterinária da Instituição, com foco para os casos de saúde mental e problemas ambientais e sanitários dos territórios, e por fim, especificamente a Fisioterapia, realizar avaliação, orientação,

acompanhamento e tratamento fisioterapêutico de acordo com a demanda. De modo geral, as atividades consistiram em grupos educativos voltados para tabagistas, hipertensos, diabéticos, gestantes e adolescentes, orientações, avaliações, rodas de conversa e workshop em campanhas, salas de espera, participação no Programa Saúde na Escola (PSE), atividades para educação permanente dos profissionais, visitas domiciliares compartilhadas com outros profissionais, atendimento fisioterapêutico domiciliar, atendimentos individuais no espaço físico da ESF e atendimentos individuais e em grupos em espaços comunitários próximos as ESFs.

Como ilustrado na Figura 1 a maior parcela das atividades realizadas durante a Residência no campo prático das ESFs ficou concentrada nos atendimentos fisioterapêuticos seguidos das visitas domiciliares. Sobre os atendimentos fisioterapêuticos, no primeiro campo prático de atuação a demanda da Fisioterapia chegava principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seguido pelos profissionais, principalmente colegas Residentes, e por iniciativa própria dos usuários no balcão da recepção da ESF. Nas outras duas ESFs não mais se tinha a presença dos ACS, por particularidade do município em não poder proceder com processo seletivo para a contratação desses profissionais, então os encaminhamentos eram realizados pelos profissionais ou por demanda espontânea diretamente na recepção, o que fez reduzir consideravelmente a demanda conhecida em Fisioterapia na ESF B, em contrapartida na ESF C a maior parte dos encaminhamentos era realizada pelos médicos da unidade. Em duas das ESFs (A e B) a maioria dos atendimentos foi realizada nos domicílios pela falta de espaço físico, em ambas as unidades apenas em um turno uma sala era disponibilizada para os atendimentos internos na ESF. Já na ESF C os atendimentos eram realizados predominantemente em um centro comunitário amplo e com salas localizado ao lado da ESF. Além disso, outro espaço comunitário também utilizado foi uma sala na Praça de Esportes e Cultura no bairro da ESF A onde foram realizados atendimentos semanais em grupo para usuários que apresentavam queixas semelhantes, como as relacionadas aos joelhos.

Relativo as visitas domiciliares em grande parte eram realizadas de maneira multiprofissional, compartilhada sempre com pelo menos um profissional de categoria de ocupação diferente. A demanda das visitas era oriunda dos ACS, por solicitação dos familiares na recepção ou ainda solicitadas por colegas que identificavam a necessidade de atenção fisioterapêutica. As visitas tinham por objetivo identificar as necessidades do usuário e contexto familiar, avaliar as condições de saúde, orientações e educação em saúde e acompanhamento periódico dos casos. É importante ressaltar o potencial da visita domiciliar no cuidado integral à saúde, além de garantir a assistência aos usuários com dificuldade para locomoção e principalmente acamados e a longitudinalidade no cuidado, permite conhecer e compreender os determinantes sociais como as condições econômicas e de moradia e a rede de apoio familiar ou de cuidadores que não integram a família do usuário.

Nas atividades coletivas, sempre executadas por dois ou mais profissionais, tanto nos grupos quanto nas ações previstas pelo PSE procurou-se utilizar o modelo dialógico de educação em saúde bem como metodologias ativas de aprendizagem para a ampliação do conhecimento sobre os cuidados em saúde, considerando os conhecimentos prévios e experiências de vida dos usuários e incentivando a participação ativa dos mesmos nas atividades, inclusive algumas salas de espera tornaram-se como rodas de conversa devido a interação dos usuários que aguardavam pelo atendimento, pois os mesmos realizavam vários questionamentos, tinham várias dúvidas e ainda expunham suas experiências de vida. Como recursos foram utilizados balões, bonecas, vídeos, slides, cartazes para ilustrações, alimentos in natura, alimentos industrialmente embalados, figuras de encartes de supermercados, placas de mito e verdade, jogos, dentre outros. Dentre os assuntos abordados estiveram triglicerídeos, locais para aplicação da insulina, benefícios do aleitamento materno, amamentação, hipertensão, diabetes, temperos para redução do consumo de sal, consumo de alimentos in natura e processados, atividade física, cuidados com a saúde da mulher

em meio a outros.

As ações do PSE foram realizadas tanto com escolares quanto com os professores em vários encontros sequenciais relacionados entre si. As temáticas exploradas nas escolas foram algumas das previstas pela coordenação municipal do PSE e as sugeridas pelos próprios escolares em consulta prévia e anônima por meio de caixa de sugestões. Assim, foram abordados os temas de saúde sexual e reprodutiva (anatomia do sistema reprodutor feminino e masculino, puberdade, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis), alimentação saudável, ética profissional, prevenção do suicídio e antropometria, cuja coleta de dados subsidiou intervenções para os escolares e seus responsáveis visando a redução da prevalência de sobrepeso e obesidade e o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares entre as crianças.

Relativo a atenção secundária, a atuação foi no serviço municipal de Fisioterapia e no ambulatório do hospital local. A atividade predominante foi atendimento individual de usuários para a reabilitação de funções. Neste nível de atenção o exercício era uniprofissional e quando necessário alguns casos eram discutidos com a preceptoria, assim como atualização de condutas da área, como a variação de exercícios terapêuticos e parâmetros na utilização de recursos elétricos e térmicos. Além disso, ocorria o gerenciamento dos boletins de atendimento e monitoramento do número de sessões, pois conforme organização administrativa o SUS prevê 10 sessões de Fisioterapia em uma solicitação médica, por vezes devido à grande fila de espera, e na maioria dos casos esse número estipulado de sessões não é suficiente para a alta do tratamento fisioterapêutico sendo necessário avaliar a necessidade de prosseguir com os atendimentos e assim renovar as sessões, o que implica em o usuário retornar ao consultório médico.

Sobre o perfil dos atendimentos, as Figuras 3 e 4 ilustram que o predomínio foi para o público idoso seguido de adultos com alterações funcionais decorrentes principalmente de problemas ortopédicos e traumas, tanto em nível ambulatorial quanto na atenção primária.

Além disso, periodicamente em regime de plantão de 12 horas os Residentes foram inseridos em um nível de atenção com maior complexidade, o serviço municipal de hemodiálise. A atuação na Clínica Renal iniciou-se multiprofissional, com foco em atividades coletivas, embora a atuação específica do Fisioterapeuta era realizada igualmente no tempo previsto da rotina e no segundo ano de Residência, além dos plantões, também o exercício uniprofissional ocorria em um turno na semana. Desta maneira, eram realizadas atividades de educação em saúde, jogos, musicoterapia com os usuários, grupos de familiares e atividades de educação permanente com os profissionais, conforme um cronograma organizado previamente para contemplar os diferentes públicos alvo nas atividades e os diferentes assuntos. Ao longo do tempo os residentes conseguiram integrar-se mais no serviço expandindo sua atuação, auxiliando na rotina do próprio serviço bem como percebendo maiores possibilidades para trabalhar com os usuários durante a hemodiálise, pois a doença renal crônica traz inúmeras perdas funcionais aos indivíduos que a possuem.

Reflexões e impressões acerca da formação em serviço

Antes de ingressar na Residência se tinha a ideia que a atuação da Fisioterapia seria constantemente de caráter reabilitador, realizando atendimentos individuais diariamente. Entretanto, ao iniciar as atividades pode-se perceber que a atuação seria predominantemente na atenção primária com foco em ações de promoção da saúde para as coletividades. A Atenção Primária ou Atenção Básica é a porta de entrada no SUS, considerada como a base do sistema, pois constitui o primeiro nível de contato da população com o mesmo. Entende-se que deve ocorrer no local mais próximo da vida

das pessoas e deve ser também o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, possibilitando uma assistência contínua. Seu conjunto de ações abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral¹⁷. A atenção primária, por possuir capacidade de resolução em relação a grande parte dos problemas de saúde da população, permite reduzir o fluxo de usuários para os níveis de maior densidade tecnológica⁷.

A inserção no primeiro campo prático foi sem nenhuma orientação quanto as atribuições profissionais e modo de trabalho como, por exemplo, se a atuação seria como uma equipe NASF realizando apoio matricial ou como profissional que integra a equipe mínima e atua de maneira multiprofissional, mas não interdisciplinarmente. Assim, como uma Residência em Saúde Coletiva inserida em um contexto de ESF procurou-se focar e priorizar as atividades coletivas principalmente visando a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde, contudo o número de atendimentos em área profissional sobressaiu ao número de atividades coletivas realizadas. Durante a inserção na ESF, o tempo de trabalho era dividido em planejamento das ações e atividades, realização das mesmas e atendimentos uni e multiprofissional.

Conforme a literatura, considerando a atuação da Fisioterapia na atenção primária, dentre as principais alterações do perfil de atuação deste profissional destacam-se a mudança do cenário do atendimento, onde as intervenções passam a ser nas próprias unidades básicas de saúde, em domicílios, em escolas, praças, igrejas, locais estes desprovidos de recursos físicos terapêuticos e os atendimentos deixam de ser apenas individualizados para serem atendimentos em grupo, além das ações fisioterapêuticas passarem a dividir espaço com as ações preventivas e de promoção da saúde¹⁸. Outro estudo, sugere como diretrizes para guiar o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária a modificação no perfil do atendimento domiciliar para ações interdisciplinares, atividades em grupo com enfoque na promoção de saúde sem rotulação dos grupos pelas patologias, maior investimento na educação em saúde durante a formação profissional, estudos epidemiológicos no processo de trabalho, acolhimento com qualidade e integrado nas ações de todos os profissionais, consideração quanto à peculiaridade dos indivíduos, adoção e incentivo às relações intersetoriais e referência e contrarreferência¹⁹.

Sabe-se que as graduações em saúde não formavam profissionais para a atuação multiprofissional, todavia ao ingressar em uma Residência os profissionais se propõem a vivenciar esta experiência. Pode-se afirmar que assim como a equipe priorizou as ações de promoção da saúde, principalmente por meio da educação em saúde, também procurou exercitar o olhar multiprofissional para o mesmo usuário, e por vezes tentou articulações com outros setores como a assistência social e a atenção psicossocial, discutindo e construindo propostas para o acompanhamento e solução dos casos, mas gostaria que houvesse uma maior participação dos profissionais que compõem as equipes mínimas na construção dos planos terapêuticos.

Dentre as dificuldades de relacionamento interpessoal com as equipes em relação ao papel da Residência, a falta de espaço físico, falta de recursos materiais e apoio para ações preventivas, o maior desafio desta residência foi a atuação do Fisioterapeuta na promoção da saúde, além da reabilitação. Desta vez as dificuldades não foram devido a formação inicial do profissional ou a falta de preparo, mas sim porque infelizmente ainda algumas ESFs trabalham em uma perspectiva curativa na assistência à saúde, preocupando-se com a quantidade de atendimentos e, além disso, impera a resistência ao novo, em superar essas concepções tradicionais de assistência. Além do mais, os profissionais desconhecem as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção primária, pois nos primeiros campos práticos não se tinha a presença desse profissional como preceptor, apenas nos últimos meses de Residência se teve a preceptoria direta de fisioterapeuta

em um dos campos. Essa experiência foi possível devido a uma reorganização da atenção fisioterapêutica no município, pois a gestão optou por descentralizar parte dos atendimentos alocando fisioterapeutas em unidades de atenção primária à saúde para realizar o serviço de reabilitação física.

Esta vivência vai ao encontro de um estudo que ao entrevistar profissionais obtém como resposta que a inserção do profissional de Fisioterapia na ESF justifica-se pela notável demanda desassistida de usuários²⁰. As dificuldades de atuação da fisioterapia na atenção primária serão inevitáveis, tendo em vista o elevado número de usuários que necessitam de reabilitação²¹. Na mesma perspectiva, outro estudo mais recente afirma que o número de usuários dos sistemas de saúde com alterações funcionais que demandam ações de reabilitação tem se tornado crescente, associados em grande parte às elevadas taxas de acidente de trânsito e violência, ao processo de envelhecimento populacional, ao aumento de doenças crônico-degenerativas e a doenças relacionadas ao trabalho na população. Desta maneira, em municípios que é ausente essa atenção especializada a pressão por atendimento terapêutico recai sobre o profissional da atenção primária, gerando o risco de reprodução da atenção ofertada em ambulatórios e hospitais, por exemplo²².

Em um estudo que buscou analisar as potencialidades e os desafios para a atuação da fisioterapia no contexto da atenção primária à saúde, os autores também afirmam que é importante e necessário desconstruir a visão deste profissional enquanto reabilitador apenas e consolidar-se como uma profissão de relevância e com possibilidades reais de atuar em consonância com o modelo de atenção vigente, seja na perspectiva da vigilância em saúde, através das ações de educação, promoção da saúde e prevenção de agravos, mas que também trata e reabilita quando necessário, garantindo e contribuindo efetivamente para um cuidado integral. Esse caminho de desconstrução dessa visão seria junto à população e à própria equipe de saúde, pois há uma expectativa de que o fisioterapeuta ao atuar na atenção primária irá meramente reproduzir seu papel de reabilitador²³.

Acima de tudo, o fisioterapeuta é um profissional da saúde que deve se preocupar e atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde e sim pode atuar em salas de espera, grupos, campanhas, ações nas escolas, tendo em vista que grande parte das incapacidades decorre de doenças crônicas, riscos na gravidez e causas externas, como as quedas, e estão relacionadas aos hábitos e condições de vida, essas condições e acidentes podem ser evitáveis com medidas de prevenção e educação em saúde. Devido a este perfil epidemiológico, somado as mudanças no perfil demográfico da população e as mudanças no sistema de saúde é que a Fisioterapia foi inserida na Saúde Coletiva^{3,21}. O objeto da atuação do fisioterapeuta continuará sendo o movimento humano, porém essa atuação não se dará, unicamente, no indivíduo doente e sequelado e sim também será direcionada às coletividades humanas, buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo saúde e evitando, conseqüentemente, distúrbios do sistema locomotor²¹.

O presente estudo trata-se de uma experiência individual vivenciada em alguns campos práticos de um município gaúcho, logo as constatações delimitam-se a essa realidade. Assim, percebe-se que os campos práticos precisam de um preparo prévio sobre o trabalho de uma Residência Multiprofissional e precisam de espaços de educação permanente para conhecimento e reflexão sobre a atuação do fisioterapeuta e ao mesmo tempo que a gestão precisa compreender sobre a nova realidade de atuação e sobre os quantitativos de atendimentos quando este profissional está inserido em um contexto de atenção primária. Além disso, reforça-se a importância do contato com este nível de atenção desde o início da graduação em Fisioterapia e a saúde coletiva perpassar todo o processo de formação.

Ademais, considerando as experiências retratadas em estudos ^{21,24,25,26,27} e a experiência que está relatada no presente estudo pode-se apontar que a Fisioterapia na atenção primária a saúde tem o intuito de fortalecer esse nível de atenção, aumentando a resolutividade do sistema e deve atuar para garantir uma atenção integral no que se refere a cuidados em saúde para crianças, adolescentes, adultos e idosos, famílias e coletividades, desde o pré-natal até os cuidados paliativos, atentando para os determinantes sociais da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida por meio de ações que tenham o objetivo de promover a saúde da população, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico e a própria recuperação e reabilitação. Dentre essas ações podem ser destacadas o diagnóstico das demandas em Fisioterapia no território das unidades, o mapeamento do perfil epidemiológico e sanitário do território, a educação popular em saúde para escolares, usuários do SUS, familiares e cuidadores, a assistência fisioterapêutica, orientações e acompanhamento para indivíduos acamados, domiciliados e pessoas com deficiência física, os atendimentos individuais, as atividades em grupos, os grupos terapêuticos, os programas de atividade física e apoio psicossocial, as orientações e encaminhamento para uso órteses e próteses, a visita domiciliar, a articulação intersetorial, o apoio matricial, as interconsultas, as salas de espera, o encaminhamento para serviços especializados e a educação permanente de profissionais da saúde e funcionários das ESF.

Assim, dentre as demandas neste nível de atenção, que não se findam neste texto, esse profissional pode investir em ações com foco em saúde mental, hábitos de vida saudáveis, saúde ambiental, incentivo a participação popular, avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, puericultura, aleitamento materno, prevenção de quedas, prevenção ao uso de drogas, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de lesões relacionadas a atividades laborais, vigilância de distúrbios cinesiofuncionais, doenças crônicas e degenerativas, dentre outras possibilidades de atuação, sem esquecer a atuação para o tratamento de alterações cardiorrespiratórias, neurológicas, traumatológicas, ortopédicas, reumatológicas, uroginecológicas, dermatológicas e circulatórias.

Considerações Finais

A falta de conhecimento dos profissionais da rede de atenção à saúde sobre a atuação da Fisioterapia na atenção primária e a concepção tradicional da assistência em saúde foram os maiores desafios, em contrapartida o trabalho multiprofissional pode ser apontado como um aspecto positivo durante essa formação, tanto para maior resolutividade dos casos quanto para educação profissional. Pode-se descrever a formação da residência como um período de experiência, reflexões, frustrações, desafios, inquietações, dificuldades, conquistas, aprendizado, vivência profissional e imersão no serviço público de saúde.

Após esta experiência foi possível constatar que a demanda por reabilitação física ainda é maior que a preventiva e principalmente é relativa ao público idoso, o que vai ao encontro da transição demográfica e epidemiológica. A atuação em caráter de recuperação de funções sempre esteve estabelecida e foi reconhecida e é necessária para garantir bem estar e uma melhor qualidade de vida a população, porém uma maior atenção ainda precisa ser direcionada para as ações preventivas, que podem ser coletivas ou individuais, visando a mudança de comportamentos e hábitos para evitar incapacidades ou reduzir agravos. A categoria profissional da Fisioterapia necessita continuar a difundir informação sobre as possibilidades de atuação na atenção primária para conhecimento dos demais profissionais e a população, objetivando uma demanda preventiva igual ou superior a de reabilitação, além de reflexões e debates para a sua expansão nesse contexto de atenção à saúde.

Referências

1. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Formação acadêmica e profissional [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344.
2. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª região. Definição [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>
3. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist. cienc. saude – Manguinhos*. 2009; 16(3): 655-668.
4. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Decreto Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969 [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3317>
5. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978 [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2765>
6. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987 [acesso em 20 set 2019]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838>
7. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MF. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 1403-1410.
8. Carta de Ottawa. Promoção da saúde nos países industrializados: 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986 [acesso em 25 set 2019]. Disponível em: <http://www.dgidc.minedu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>
9. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, Rodrigues CA. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(27):90-96.
10. Giovanella L, Mendonça M, Almeida P, Escorel S, Senna M, Fausto M, Delgado M, Andrade C, Cunha M, Martins M, Teixeira C. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009. 14(3): 783-794.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, 2010.
13. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 363, de 20 de maio de 2009 [acesso em 25 set 2019]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3126>
14. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº424, de 08 de julho de 2013 [acesso em 25 set 2019]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>

15. Cheade MF, Frota O, Loureiro M, Quintanilha A. Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(3):592-595.
16. Universidade Federal do Pampa. Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva. 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2012.
18. Lourido BP, Rocha VM. Fisioterapia comunitaria: el camino desde de la conceptualizacion a la intervencion con la comunidad. *Fisioterapia.* 2008; 30: 244-50.
19. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev APS.* 2011; 14(1): 111-9.
20. Souza MC. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo saúde.* 2012; 36(3): 452-460.
21. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; (15):1627–1636.
22. Tavares LR. Costa JL. Oishi J. Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter Pesqui.* 2018; 25(1): 9-19
23. Freitas M. Brasil A. Potencialidades e desafios da fisioterapia no contexto da atenção primária à saúde: análise documental. *Saúde em Redes.* 2016; 2(3): 262-272.
24. Ragasson CA. et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *Olho Mágico.* 2006;13(2):1-8.
25. Fonseca JM. Rodrigues MT. Mascarenhas MD. Lima LH. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2016; 29(2): 288-294.
26. Yonamine CY. Trelha CS. O modo de fazer saúde: a fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. *Revista Espaço para a Saúde.* 2009; 11(1): 17-27.
27. Assis JC. Arruda GM. Bezerra MI. Vasconcelos TB. A vivência de um fisioterapeuta em uma residência multiprofissional: desafios e possibilidades. *Rev. APS.* 2017; 20(2): 279 – 287.

Apêndices

Quadro 1. Características dos campos práticos de atuação da residência

Campo Prático	A	B	C
População	7.812 pessoas	4.735 pessoas	6.200 pessoas
Território de abrangência	13 microáreas	9 microáreas	12 microáreas
Estrutura Física	20 repartições	14 repartições	14 repartições
Recursos Humanos	2 Equipes 23 Profissionais	1 Equipe 9 Profissionais	2 Equipes 12 Profissionais

Quadro 2. Características dos territórios das ESFs

	A	B	C
Equipamentos sociais	Centro de Referência em Assistência Social, locais de lazer, comércio, centros religiosos, academia, piquete e escolas.	Escolas, quadra e campo para esportes, centro comunitário, clube de mães, centros religiosos e comércio.	Escolas, cemitério, comércio, piquete, centros religiosos, centro comunitário.
Aspectos ambientais/sanitários	Esgoto a céu aberto, ruas sem asfalto, odor desagradável decorrente do acúmulo de dejetos orgânicos, animais soltos nas ruas, terrenos com acúmulo de lixo e água.	Esgoto a céu aberto, áreas com risco de enchente, ruas sem asfalto e terrenos vazios.	Esgoto a céu aberto, ruas sem asfalto, terrenos com acúmulo de lixo, residências construídas com materiais reutilizados.

<p>Perfil epidemiológico</p>	<p>Faixa etária predominante de mulheres em idade fértil, prevalência elevada de pessoas com hipertensão arterial e de casos de saúde mental e alta demanda por reabilitação física.</p>	<p>Faixa etária de atendimentos concentrada entre 50-64 anos de idade, maior prevalência de atendimentos por motivo de saúde sexual e reprodutiva e devido ao aumento de peso, condição de saúde mais frequentes são hipertensão arterial, doenças pulmonares e queixas de lombalgia.</p>	<p>Maior prevalência de atendimentos de usuários do sexo feminino, na faixa etária entre 50 e 54 anos de idade, por motivo de reabilitação e gravidez.</p>
<p>Outras demandas diagnosticadas</p>	<p>Educação permanente dos profissionais e sobrecarga de trabalho (saúde dos trabalhadores da equipe); Formação para professores das escolas sobre algumas temáticas apontadas pelos mesmos.</p>	<p>Cadastro do território inferior a 50%. Ausência de grupos educativos e de espaço físico para atividades coletivas.</p>	<p>Apenas grupo educativo para gestantes. Condições de moradia precárias de uma grande parcela de domicílios no território.</p>

Figura 1. Atividades realizadas nas ESFs de atuação da residência

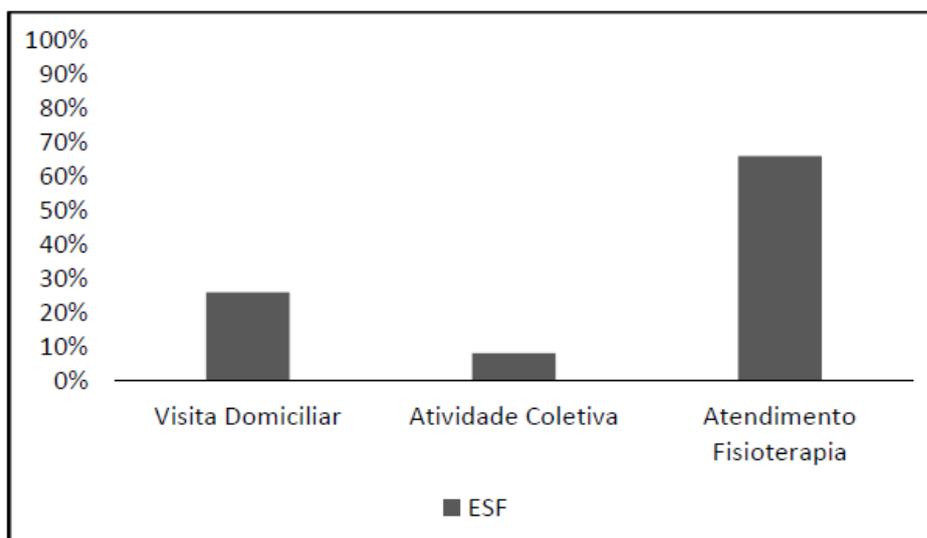


Figura 2. Caracterização dos atendimentos fisioterapêuticos

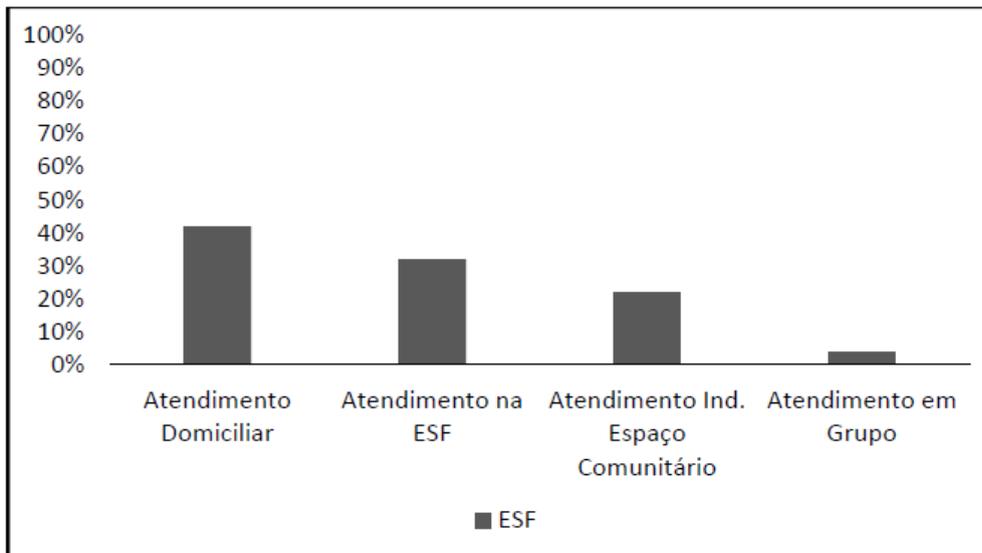


Figura 3. Prevalência da faixa etária nos atendimentos de Fisioterapia

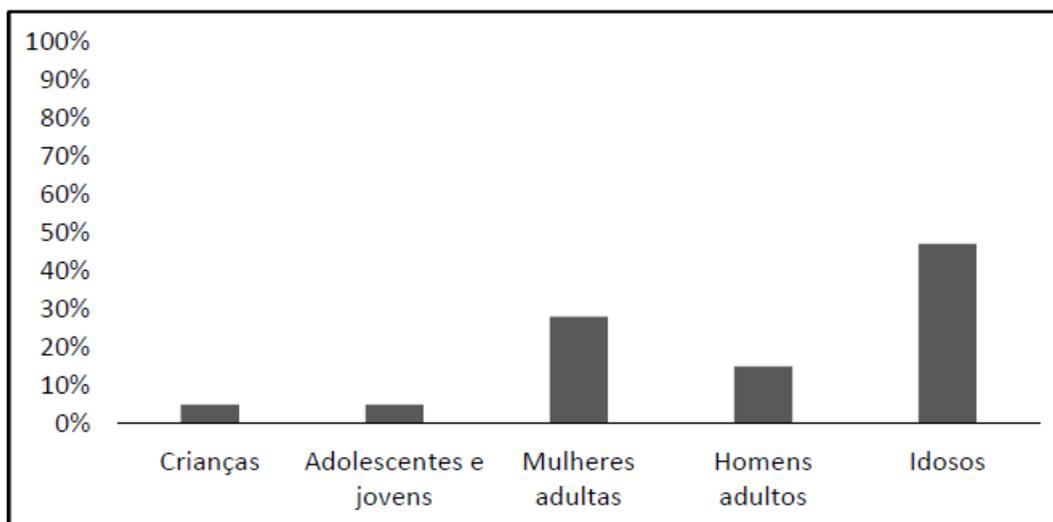
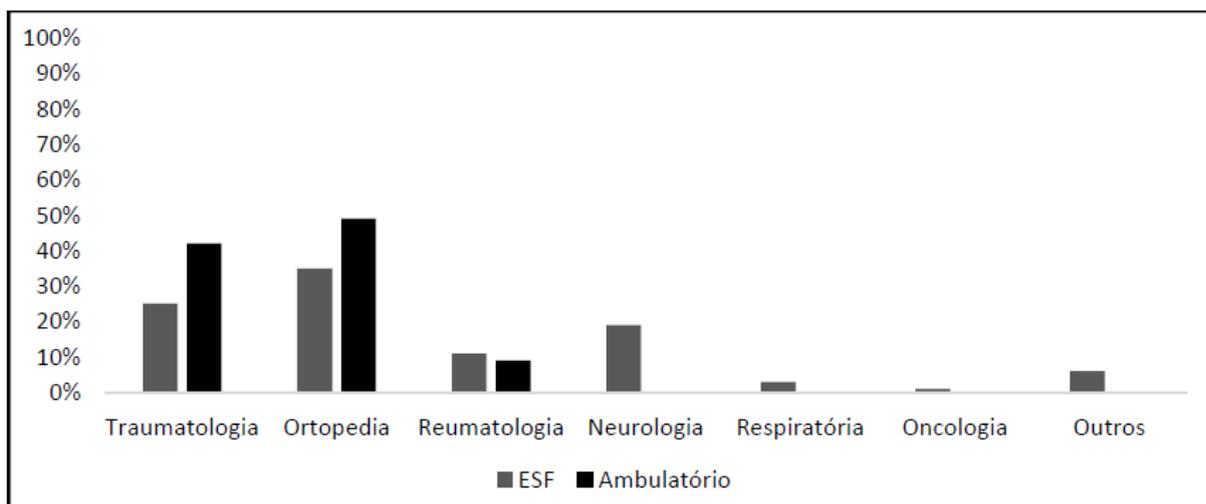


Figura 4. Caracterização da assistência em Fisioterapia



Submissão: 13/08/2020

Aceite: 10/08/2021