

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva

Jurandir Flôr

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE DE SAÚDE NO
CONTEXTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Diamantina

2023

Jurandir Flôr

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE DE SAÚDE NO
CONTEXTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito de obtenção do título de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Silveira Costa

Diamantina

2023

Catálogo na fonte - Sisbi/UFVJM

F632 Flôr, Jurandir
2023 O papel do fisioterapeuta como agente de saúde no contexto da Equipe Saúde da Família [manuscrito] / Jurandir Flôr. -- Diamantina, 2023.
26 p.

Orientador: Prof. Henrique Silveira Costa.

Monografia (Especialização em Fisioterapia na Saúde Coletiva) -- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Programa de Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva, Diamantina, 2023.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária. 3. Fisioterapia. I. Costa, Henrique Silveira. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFVJM com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Este produto é resultado do trabalho conjunto entre o bibliotecário Rodrigo Martins Cruz/CRB6-2886

e a equipe do setor Portal/Diretoria de Comunicação Social da UFVJM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

JURANDIR FLÔR

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE DE SAÚDE NO CONTEXTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão da Residência apresentada ao programa de Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, **nível de especialização**, como requisito parcial para obtenção do título de **especialista em Fisioterapia na Saúde Coletiva**.

Orientador: Prof. Dr. **Henrique Silveira Costa**

Data de aprovação 03/02/2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br HENRIQUE SILVEIRA COSTA
Data: 06/03/2023 11:47:17-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Henrique Silveira Costa - (UFVJM)

Documento assinado digitalmente
gov.br JULIANA NUNES SANTOS
Data: 09/03/2023 13:56:39-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Juliana Nunes Santos - (UFMG)

Documento assinado digitalmente
gov.br IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA
Data: 06/03/2023 12:10:12-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

MSc Igor Lucas Geraldo Izalino de Almeida - (doutorando UFMG)

AGRADECIMENTOS

Costumo dizer que Deus coloca as pessoas certas nos momentos certos em nossa vida, durante a Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva, consegui crescer tanto profissionalmente quanto pessoalmente, todo o trabalho realizado na prática me fez proporcionar uma visão mais ampla do que é a saúde coletiva, me fez enxergar as pessoas de uma forma mais ampla, em todo o seu contexto social e comportamental, também sobre os seus costumes; aprofundi meus conhecimentos nos determinantes sociais e econômicos, e percebi o quanto a política se torna um facilitador ou barreira para intervir nos determinantes sociais, religiosos ou ideológicos.

Nessa trajetória pude conhecer pessoas sensacionais, que acreditam e defendem o SUS, pessoas que me acolheram e me proporcionaram muitos ensinamentos e momentos inesquecíveis. Primeiramente, quero agradecer a todos os meus professores, em especial meu orientador Henrique Silveira, pela paciência e parceria, que se iniciou ainda durante a graduação; a todos os gestores e profissionais da saúde nos territórios onde atuei, a Natielle Ottone, minha parceira de residência, e meus amigos, Russell Junior, Hiago Herédia e Camila Gonzalez. Meus amigos, muito obrigado por colaborarem para que essa residência se tornasse uma experiência incrível!

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou rápida e progressiva expansão no Brasil. A Fisioterapia, profissão essencialmente reabilitadora e curativa, precisou reorganizar-se e ressignificar-se diante do novo modelo de saúde. Com a consolidação da APS e presença da Fisioterapia através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criou-se a Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva (ReFisc) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Para aprimorar a acolhida dos novos residentes, é necessário elaborar material didático para maior contato com os assuntos a serem abordados durante o programa. **Objetivo:** Elaborar um material prático para nivelamento dos novos residentes da ReFisc contendo um breve histórico da APS no Brasil e a discussão sobre o papel do fisioterapeuta como agente de saúde, abordando temas do acolhimento, territorialização, matriciamento e vigilância em saúde. **Métodos:** Foi realizada busca na literatura vigente e nos principais materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** O fisioterapeuta, no contexto da APS, deve atuar como agente de saúde juntamente com a Equipe Saúde da Família. Dentre as possibilidades, destacam-se o acolhimento, participação no apoio matricial, na territorialização e nas estratégias de vigilância em saúde, destacando-se no seu papel na saúde do trabalhador e na vigilância epidemiológica. Em contrapartida, a sua atuação na gestão ainda é tímida e merece ser mais explorada. **Conclusão:** O fisioterapeuta na APS pode contribuir não só com ações específicas da profissão, mas também, auxiliar no planejamento e execução de estratégias multiprofissionais.

Palavras-chave: fisioterapia; atenção primária à saúde, estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) has shown fast and progressive expansion in Brazil. Physiotherapy, an essentially rehabilitative and curative profession, had to reorganize itself and give new meaning to the recent health model. With the consolidation of PHC and the presence of Physiotherapy through the Family Health Support Centers (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF), the Residency in Fisioterapia na Saúde Coletiva (Refisc) of the Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) was created. In order to improve the reception of new residents, it is necessary to prepare didactic material for greater contact with the subjects to be addressed during the program. **Objective:** To develop practical material for leveling new Refisc residents, containing a brief history of PHC in Brazil and a discussion about the role of the physiotherapist as a health agent, addressing issues of reception, territorialization, matrix support and health surveillance. **Methods:** A search was carried out in the current literature and in the main material made available by the Ministry of Health. **Results:** The physiotherapist, in the context of PHC, must act as a health agent together with the Family Health Team. Among the possibilities of action, its performance in reception, participation in matrix support, situational diagnosis and health surveillance strategies stand out. In health surveillance, its role in workers' health and epidemiological surveillance deserves to be highlighted. On the other hand, its performance in management is still timid and deserves to be further explored. **Conclusion:** The physiotherapist in the PHC can contribute not only with specific actions of the profession, but also assist in the planning and execution of multidisciplinary strategies.

Keywords: physiotherapy; primary health care, family health strategy.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. METODOLOGIA | 6 |
| 3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL..... | 6 |
| 3.1 Um breve histórico da Saúde Coletiva no Brasil | 6 |
| 3.2 Implementação do SUS e Atenção Primária à Saúde | 8 |
| 3.3 A família como foco na Atenção Primária à Saúde | 8 |
| 3.4 A inserção da Fisioterapia na ESF..... | 9 |
| 4. O FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE DE SAÚDE NA APS | 11 |
| 4.1 Acolhimento | 12 |
| 4.2 Territorialização | 13 |
| 4.3 Matriciamento | 15 |
| 4.4 Vigilância em saúde..... | 17 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 19 |

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é um campo de estudos voltado para a compreensão da saúde e explicação de seus determinantes sociais, assim como no desenvolvimento de práticas direcionadas para a promoção, prevenção à saúde, e o cuidado a agravos e doenças, incluindo em seu escopo atividades individuais e com grupos sociais (SOUZA, 2014). Diante disso, a Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva apresenta um leque de ações muito grande no contexto da APS, podendo desenvolver organizações de atividades coletivas, atendimentos individuais, visitas domiciliares, promoção, prevenção e educação em saúde e também na vigilância em saúde, atendendo as demandas nos diferentes ciclos da vida (criança, adolescentes, saúde do homem, saúde da mulher, adultos, idosos, trabalhadores) e nas condições de saúde crônicas. Destacando-se, também, na atuação em questões administrativas como, planejamento de ações, coordenação e gestão em saúde (BISPO JÚNIOR, 2010).

A Fisioterapia na APS desde sua implementação, assim como todo o Sistema único de Saúde (SUS) ainda tem um longo caminho pra efetivar os princípios generosos da universalidade real, da integralidade efetiva, e da busca continua da equidade, ainda que no Brasil, que passa por um contexto de crise econômica, social e política, tornando enormes os desafios da luta pelo direito à saúde no país (CZERESNIA, 2009).

O ingresso na Residência pode levantar muitas dúvidas sobre as ações que podem ser desenvolvidas no âmbito da assistência em saúde, e pensando nisso, esse trabalho têm por objetivo elaborar um material prático para nivelamento dos novos residentes da ReFisc contendo um breve histórico da APS no Brasil e a discussão sobre o papel do fisioterapeuta como agente de saúde, abordando temas do acolhimento, territorialização, matriciamento e vigilância em saúde.

O Fisioterapeuta que defende a integralidade da atenção e assistência, que avalia as necessidades de saúde no ambiente em que atuam, e que são complacentes à formulação de vínculos e potencialidades, favorece a melhora dos serviços de saúde, fazendo valer assim, o direito universal, integral e equitativo à saúde (RAGASSON, 2006).

2. METODOLOGIA

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed, Scielo, e nos materiais publicados pelo Ministério da Saúde, Brasil. Os termos utilizados para a pesquisa foram relacionados à Fisioterapia, Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. Por se tratar de um tema de relevância no contexto nacional, foram utilizados apenas os termos em língua portuguesa.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

3.1 Um breve histórico da Saúde Coletiva no Brasil

A Reforma Sanitária foi um processo muito longo na história brasileira. Os primórdios do sanitarismo, iniciou-se com Oswaldo Cruz, no século XX, que apesar de boas aspirações, acabou culminando com a Revolta da Vacina, devido à obrigatoriedade da vacinação contra a varíola e demais medidas sanitárias que afetavam os grandes centros, como Rio de Janeiro-RJ (KROPF, 2007).

A visão sanitarista foi ganhando corpo e adesão de médicos e cientistas brasileiros, e em 1926, o médico cientista Carlos Chagas criou o primeiro Código Sanitário Brasileiro, que organizou e modernizou a legislação sanitária (KROPF; HOCHMAN, 2007). A partir de então, houve grande uso de medidas de proteção social entre 1946 e 1963, fazendo parte de um jogo político em que a legitimação dos governos era a moeda de troca dada pela sociedade (PAIVA, 2014).

No entanto, em 1964, com a derrubada do presidente João Goulart e a instauração do regime burocrático-autoritário militar, as ações passaram a seguir os ideais de centralização e concentração do poder em mãos da tecnocracia, retirada da participação dos trabalhadores na trama política e a privatização dos serviços sociais (educação universitária e secundária e a atenção hospitalar) (FLEURY, 2009).

Durante o regime militar brasileiro, o movimento sanitarista foi perseguido e passou a se restringir ao ambiente universitário e movimentos de partidos políticos

clandestinos. No entanto, a partir da década de 70, algumas instituições e prefeituras começaram a adotar medidas sanitárias de sucesso e partidos políticos começaram a expandir suas influências, ainda que na clandestinidade, o que ganhou força no momento de enfraquecimento da Ditadura, no final dos anos 1970 e início da década de 80. Esse movimento político-social ganhou força e é considerado o primeiro passo para a construção de um modelo que pudesse atender a população como um todo, sem nenhuma distinção e de forma efetiva (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Assim, apoiados pela conferência Alma Ata em 1978 (DECLARAÇÃO, 1978) e pela Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, firmou-se o marco do movimento emergente, a saúde como direito de todos, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde além de financiamento setorial (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A equidade, descentralização, justiça social, universalização, e unificação foram os elementos de base essenciais para que houvesse a reforma do setor (ZORZI; MOCINHO, 2004).

O regime militar encontrava-se desgastado e houve uma intensa discussão que culminou com a redemocratização do país, em troca da anistia recebida pelos integrantes do regime opressor. Assim, a redemocratização foi efetivada com a elaboração da nova constituição federal pela equipe constituinte (KOERNER; ASSUMPÇÃO, 2009). As propostas referentes à saúde foram amplamente debatidas por diversos setores da sociedade (trata-se de uma construção social) e culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a promulgação da constituição de 1988 (ELIAS; COHN, 2003). A lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, detalha o funcionamento do sistema como resultado de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas (BRASIL, 1990). Dessa forma, ocorreu a reforma sanitária no Brasil, que é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação, uma estratégia política e um processo de transformação, emergindo da luta pela democracia que já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do SUS (FLEURY, 2009).

3.2 Implementação do SUS e Estratégia Saúde da Família.

Após a implantação do SUS, o sistema de saúde passou a desenvolver ações que possibilitassem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, melhorando a qualidade de vida da população atendida (BRASIL, 2014), diante deste novo sistema, foi necessário setorizar os níveis de atenção à saúde para evitar o afogamento do sistema hospitalar (CZERESNIA; DE FREITAS, 2009). Assim, foram instituídas a Atenção Primária, Secundária e Terciária. A APS, foco do presente estudo, é a porta de entrada do SUS, caracterizada por um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, com atuação na prevenção e promoção à saúde (STARFIELD, 2002).

A partir da nova política de saúde respaldada pela Constituição, a necessidade de se ampliar a visão sobre o processo saúde-doença fez com que surgissem programas para implementação das ações. De forma pioneira, em 1991, houve a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que objetivava a redução da mortalidade materno-infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. As experiências locais muito bem sucedidas fizeram com que o programa tomasse caráter nacional pelo Ministério da Saúde a partir de 1993 (VIANA; DAL POZ, 2005).

Nos anos seguintes, foram criados os Programas Saúde da Família (PSF), com o objetivo de mudar o antigo modelo de atenção. O novo programa saía das ações curativas e passava a atuar na integralidade da assistência, acompanhando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, sendo estes, determinantes de saúde (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

3.3 A família como foco na APS

A família é a organização social mais antiga que a humanidade conhece, concebida a partir da expressão da necessidade básica ou de viver em comunidade e de procriação da espécie. Não se pode pensar em políticas públicas sem falar em parceria com a família (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011). Uma família pode ser considerada como uma instituição social, variando em composição e comportamento, sobre determinantes sociais, econômicos, políticos, religiosos ou ideológicos. Pode modificar em função da localização territorial, do grupo social em que se insere, e da

época histórica (ANDRADE; SOARES; CORDONI JÚNIOR, 2001). Contudo, demanda-se um processo educativo e participativo para que as ações de saúde realmente possam ultrapassar os limites do caráter assistencial, curativo e prescritivo (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

A família é apresentada, representada e reapresentada por distintas definições, noções, conceitos, tipos, e mesmo atribuições, podendo também ser vista sob diferentes teorias (CECAGNO; DE SOUZA; DA ROSA JARDIM, 2004). Assim, as políticas de saúde e de assistência social têm introduzido serviços voltados para a família e a comunidade. Acredita-se que a investigação da família como contexto de desenvolvimento seja condição fundamental para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, tornando necessárias análises quantitativas e qualitativas para identificar e descrever indicadores e também mecanismos (processuais) de risco e de proteção (RUTTER, 1986)

Ao lidar com uma família, o profissional precisa ter o entendimento da organização familiar, não realizar julgamentos segundo os conceitos próprios e não oferecer soluções prontas retiradas da sua própria vivência. Alguns autores relatam a importância de se oportunizar os momentos para que a ESF atue no acolhimento, na consulta ou nas visitas domiciliares. Desta forma, quando a família apresentar um problema, os membros da ESF como um todo, terão a oportunidade de identificar a situação adversa (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Ainda sobre a atuação da ESF, é fundamental que as ações não sejam restritas ao indivíduo doente, mas que seja estabelecida uma corresponsabilização de todos os membros da família, para que se alcance a resolutividade e que a rede de cuidados seja fortalecida (VÉRAS; PINTO; DE OLIVEIRA; QUINDERÉ, 2004). Entretanto, dentro dessa complexa interação de pessoas, é necessária a atuação de profissionais da saúde além da equipe mínima da ESF, como o fisioterapeuta.

3.4 A inserção da Fisioterapia na ESF

Embora os PSF tenham simbolizado um grande avanço nas políticas de atenção ao usuário, algumas questões limitavam o avanço do programa como, por exemplo, o

tempo limitado de duração. Assim, em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Na composição, estabeleceu-se que os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde fariam parte da equipe mínima de trabalho (BRASIL, 2014).

A transição de um modelo limitado temporalmente para um modelo que visa acompanhamento e monitoramento permanente da população foi um grande avanço, mas as equipes das ESF passaram a receber altas demandas, e muitas vezes, de características menos generalistas. Assim, surgiu-se a necessidade de um complemento que oferecesse apoio às equipes, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Ele foi criado em 2008 e representa a porta de entrada para diversos profissionais na APS, dentre eles, o fisioterapeuta (BRASIL, 2010).

A equipe do NASF deve reunir profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em conjunto com os profissionais da ESF, oferecendo atenção direta ao paciente ou técnico pedagógico, por meio da capacitação da equipe, desenvolvendo ações de educação continuada a partir das demandas identificadas pelas ESF (RIBEIRO RODRIGUEZ, 2011). Entretanto, a implantação desse programa nos municípios brasileiros se deu em diferentes momentos e atualmente, ainda passa por transformações. A mais recente mudança foi proposta pelo Ministério da Saúde na Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, publicada em janeiro de 2020, que extingue o apoio financeiro em nível federal, deixando a cargo dos municípios a definição do funcionamento do programa (BRASIL, 2020).

Apesar de desempenhar papel importante no apoio às ESF, entendeu-se que fisioterapeutas são peças importantes nas ESF e observou-se aumento crescente de grandes manifestações da classe e de apoiadores para que a profissão fosse inserida na ESF (RIBEIRO RODRIGUEZ, 2011). Tal fato se justificava pelas possibilidades de atuação e organização de atividades coletivas (SANTOS; MEDEIROS; BATISTON; PONTES *et al.*, 2014), atendimentos individuais em casos específicos, visitas domiciliares e atividades de promoção, prevenção e educação em saúde (BAENA; SOARES, 2012), além de auxiliar também na prevenção de agravos, na vigilância em saúde e atender as demandas nos diferentes ciclos da vida (criança, adolescentes, saúde do homem, saúde da mulher, adultos, idosos, trabalhadores) e da importante contribuição

no cuidado nas condições de saúde crônicas (BISPO JÚNIOR, 2010), bem como nas questões administrativas (RAGASSON; ALMEIDA; COMPARIN; MISCHIATI et al., 2006).

No dia 30 de outubro, o Projeto de Lei nº 1.111/2019 determinou a inclusão obrigatória de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais na ESF, aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e posteriormente se tornou lei nacional, apesar de ainda carecer de complementos operacionais (BRASIL, 2021). Nesse cenário, continua-se debatendo o papel do fisioterapeuta na APS, seja na atenção especializada ou como agente de saúde. De acordo com o projeto de lei, são vários os benefícios promovidos pela intervenção da Fisioterapia na ESF, como, por exemplo, estabelecer avaliações específicas, proporcionar medidas de promoção à qualidade de vida, auxílio no controle de distúrbios neurológicos, prevenção de lesões, reabilitação e fortalecimento muscular, ajudando na recuperação dos movimentos e limitações que os pacientes possam ter em virtude de lesão ou deficiência, favorecendo, assim, o bem-estar do cidadão e assegurando a articulação entre prevenção e promoção à saúde.

4. O FISIOTERAPEUTA COMO AGENTE DE SAÚDE NA APS

A inserção do fisioterapeuta na APS é recente. A fisioterapia foi estabelecida como profissão com olhar direcionado ao tratamento, reabilitação e cura. Com a expansão e consolidação da APS no Brasil, a Fisioterapia precisou rever o seu papel no novo sistema de saúde. Por ser recente, a sua linha de atuação ainda permanece intensamente discutida. Entretanto, por estar vinculado à equipe multiprofissional, deve estar claro que o papel do fisioterapeuta é também o de agente de saúde, contribuindo com o compartilhamento de saberes e auxiliando na melhoria da realidade local (RIBEIRO RODRIGUEZ, 2011).

Dentre as possibilidades de atuação, a prática na gestão permanece tímida. Entretanto, por trata-se de um assunto de rápidas transformações, principalmente em entrada de novo governante, optou-se por não descrevê-la. A seguir serão discutidas algumas práticas adotadas também pelo fisioterapeuta, em conjunto com os demais membros da equipe, no contexto da APS.

4.1 Acolhimento

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) define o acolhimento 1) como uma diretriz ética e/ou política e 2) como uma ferramenta que procura qualificar a escuta, construir vínculos, garantir acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (SAÚDE., 2006). Também pode ser definido como a capacidade de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, auxiliando tanto o usuário quanto à família em relação a outros serviços de saúde e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (HUMANIZAÇÃO., 2010). Sendo assim, o acolhimento é fundamental na tomada de decisão, pois quando bem feito, é possível determinar as necessidades de cada indivíduo, dentre elas, as de encaminhamento para outros setores ou profissionais, que constitui junto às demais características, instrumento de humanização (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

No Brasil, as práticas de acolhimento no contexto da Saúde Coletiva estão presentes desde a década de 90 e enfatiza-se a sua presença em muitas ações no ambiente de trabalho (BRASIL, 2010). Para tal, o acolhimento deve considerar a realidade social de cada usuário e os conhecimentos por ele adquiridos ao longo dos anos e gerações, acolhendo-os em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida (SAÚDE., 2006). Ou seja, para que o processo de acolhimento seja eficaz, é necessário que haja o exercício da escuta por parte dos profissionais (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Embora a visão de acolhimento esteja muitas vezes restrita ao que acontece nas recepções, a mesma deve ser substituída por algo mais amplo, abrangendo todo o processo de identificação das demandas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010),

A origem da fisioterapia por anos esteve vinculada ao modelo biomédico, centrado em atenuar e reabilitar os organismos lesados fisicamente, em decorrência das grandes guerras mundiais e do processo de industrialização, é notório que durante os anos houve grande transformação na forma de atenção, partindo para uma estratégia mais funcional e humanizada de atenção (GAVA, 2004).

Assim, como qualquer outro trabalhador da saúde, o fisioterapeuta precisa estar ciente e sensibilizado quanto à questão da humanização, saber reconhecer a integridade e

singularidade do sujeito e ter consciência do seu papel frente às demandas (SILVA; SILVEIRA, 2011). Devendo assim, estar atento ao bom acolhimento como forma de melhora na resolubilidade dos casos, bem como na humanização do cuidado (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

O acolhimento na Fisioterapia na saúde coletiva pode ser de demanda espontânea ou programada, podendo ser realizada na UBS, nos grupos operativos ou mesmo em visitas domiciliares, mas sempre com o objetivo de aliviar a angústia e sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, reconstruir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecendo a criação de vínculos positivos, diminuindo o isolamento e abandono (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

A anamnese deve ser sempre realizada para identificação dos fatores do processo saúde doença, logo após, uma avaliação física deve ser realizada, identificando assim fatores associados à doença. Após o diagnóstico, o fisioterapeuta pode traçar um plano de ações compartilhadas com o paciente e família, repassando informações de educação em saúde, como por exemplo, uma cartilha de exercícios específicos para a patologia diagnosticada, capacitando o usuário a desenvolver as atividades em domicílio ou através de grupos operativos que pode ser ofertados pelo município, como grupos de caminhada, tabagismo, dor crônica, exercícios gerais, etc., diminuindo conseqüentemente os acessos a níveis mais complexos da rede de atenção, visto que a residência não tem o propósito de realizar reabilitação em longo prazo, deixando assim a cargo da atenção secundária. Se houver a necessidade de referenciá-lo, o profissional deverá fazer essa articulação, mantendo assim contato com o profissional solicitado, com o propósito de obter maior resolutividade no atendimento.

4.2 Territorialização

Nas políticas de saúde, o conceito de território passou a ser mais intensamente discutido desde a Lei Orgânica da Saúde, que determinou que o município deveria ser o responsável pela identificação e atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população (UFSC, 2016). Ainda sob a ótica dos mesmos autores, o território em saúde é, em perspectiva local, 1) um lugar de entendimento do processo de adoecimento, com representações ambientais, culturais e sociais, e 2) o resultado de uma acumulação de

situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

No Brasil, a territorialização é um propósito básico da ESF, sendo implementado pelo Ministério da Saúde desde 1994, tendo na organização territorial dos serviços oferecidos pelo SUS uma ferramenta para direcionar a promoção de saúde e prevenção de doenças (GUSSO; LOPES, 2012). O processo de descentralização e a organização desses serviços seguem os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial, instrumentalizadas na atuação dos agentes de saúde, da ESF e a área de abrangência de postos de saúde (COLUSSI, 2016).

Uma das diretrizes da APS é ter territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, desenvolvendo ações por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. (Básica; 2017).

Diante de tamanha relevância, a territorialização se torna uma das primeiras ações da Fisioterapia na APS. Ao estabelecer o diagnóstico situacional, o fisioterapeuta apresenta melhores condições de programar ações mais assertivas, estabelecer vínculos com a comunidade e compreender a realidade local. Assim como as pessoas não escolhem viver em más condições, elas não escolhem ter menor grau de escolaridade, muito menos escolhem ficar doentes (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

O diagnóstico situacional pode (e deve) ser realizado em etapas. Não há um roteiro pré-estabelecido, entretanto, questões como a construção do mapa local (com localização das microáreas de cada ACS); investigação da história do território em questão; da observação da estrutura física e compreensão do trabalho da ESF, identificação dos instrumentos sociais e lideranças comunitárias da área podem ser importantes (DE OLIVEIRA, 2020).

Dessa forma, a territorialização é reconhecida como o instrumento de reconhecimento do território de forma mais ampliada. Além disso, os importantes pontos mencionados exigem diálogo e escuta tanto com a equipe da ESF como com a comunidade, fortalecendo o vínculo necessário para a efetividade das futuras ações.(FARIA, 2009).

Um estudo (TREMÉA; NICARETTA; ZORZI; PICCININ, 2022) abordou os relatos de estudantes de Fisioterapia sobre a territorialização. De acordo com alguns, “a análise observacional do território nos faz ver as vulnerabilidades e necessidades de cada território, auxiliando no desenvolvimento de nossas atividades”. Outros relatam que “a construção da territorialização permitiu observar as fragilidades que a comunidade se encontra”. Também foi citado que “A ferramenta é de suma importância para entender o contexto da população e do ambiente que residem. Realizar a territorialização nos faz ter melhor noção sobre a equipe atuante e ações realizadas naquele espaço”. Tais relatos fortalecem ainda mais a percepção da importância assumida pela territorialização.

Após essa etapa, o fisioterapeuta terá condições de elaborar o diagnóstico dos aspectos ambientais, sociais, demográficos e econômicos e os principais problemas de saúde da população. Diante disso, o profissional poderá promover o planejamento, a programação e desenvolvimento de ações intersetoriais para atuar de forma adequada sob os determinantes e condicionantes de saúde das pessoas e, conseqüentemente, sobre o estado de saúde da população (DE OLIVEIRA; DE OLIVEIRA; PEREIRA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2020).

4.3 Matriciamento

O conceito de matriciamento ou apoio matricial apresentado pelo Ministério da Saúde é “... modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI; GONÇALVES; BALLESTER; TÓFOLI *et al.*, 2011). Trata-se, portanto, de um arranjo organizacional e metodologia para a gestão do trabalho em saúde (juntamente com a equipe de referência).

O apoio matricial se configura como uma retaguarda especializada que oferece suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, que são as responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Dessa forma, esses dispositivos deslocam “o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar” (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Enfatiza-se também que o matriciamento deve ser composto por uma mescla de profissionais de saúde que podem ou não manter vínculos diários com os usuários. O seu papel é ofertar apoio à equipe de

referência daquele usuário, dado então à importância e necessidade da equipe na ESF (SAÚDE., 2009).

O matriciamento, por sua vez, possui duas bases de execução das demandas que surgem para aquela determinada comunidade: assistencial e técnico-pedagógico. A assistencial diz respeito ao suporte clínico ao usuário, oferecendo uma resposta terapêutica e assertiva a necessidade apresentada. Já a com base técnico-pedagógica trata-se do fornecimento de conhecimento em apoio educativo para a equipe da ESF (SAÚDE., 2009). Esse conceito de matriciamento é uma forma de fornecer saúde de forma contínua, afinal, são diversos profissionais das múltiplas áreas do conhecimento em saúde, com habilidades diferentes que se somam na proposta de entender o processo saúde-doença, o que permite uma melhor abordagem e compreensão do usuário dentro da perspectiva biopsicossocial (CHIAVERINI; GONÇALVES; BALLESTER; TÓFOLI *et al.*, 2011).

O apoio matricial está inserido em diversas ações da ESF. Ele pode estar presente, por exemplo, em reunião de discussão de casos, atendimento domiciliar ou atendimento compartilhado, em atividades coletivas envolvendo profissionais e/ou usuário, ou num atendimento individual específico. Uma comunicação horizontal e eficaz é capaz de eliminar relações de poderes hierarquizados, uma vez que todos compartilham saberes de igual importância para o cuidado dos sujeitos ou organização de ações (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com essa ferramenta o fisioterapeuta pode garantir o cuidado longitudinal e com melhor efetividade, uma vez que engloba equipes multidisciplinares em um cuidado interdisciplinar, além de envolver a pessoa como um todo, também abrangendo o contexto proximal e distal, afirmando melhoria na saúde mental dos pacientes, garantido com apoio dos profissionais da ESF (BATISTA CANOVAS; COSTA RAMIREZ; LOPES FERREIRA; VALADÃO FERREIRA DE LIRA *et al.*, 2022).

A prática do matriciamento sofre algumas barreiras, pois, para alguns coordenadores das unidades básicas de saúde a lógica da gestão dos processos de trabalho é baseada na produtividade e no atendimento da demanda para os programas do Ministério da Saúde, o que impossibilita a participação da equipe, seja pela justificativa de falta de tempo, de equipe incompleta ou da não disponibilidade desta para ações que articulem saúde na APS. É nessa realidade que a operacionalização do apoio matricial se estrutura, de modo tímido e lento. Enfrentando dificuldades em sua implementação, a

estratégia permeia os espaços da ESF e problematiza o cuidado integral, tensionando a organização das práticas e o apoio da equipe de saúde da família (Jorge, 2014).

4.4 Vigilância em saúde

A vigilância em saúde é um conjunto de ações que possuem o objetivo de controlar os atores de risco à saúde. Os componentes da vigilância em saúde integram-se de forma institucional, por meio de órgãos do Estado nos três níveis governamentais (federal, estadual e municipal). Constituem-se como componentes da vigilância em saúde a vigilância ambiental, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A vigilância epidemiológica é um dos componentes da vigilância em saúde que permite o conhecimento da situação por meio de ações que proporcionam a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. As funções da vigilância epidemiológica são: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriados; promoção das ações de prevenção e controle indicados; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e a divulgação de informações (BRASIL, 2010).

A vigilância sanitária é um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A vigilância da saúde do trabalhador é um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho com ações de assistência ao trabalhador (BRASIL, 2010). A

vigilância ambiental avalia e analisa qualquer mudança do ambiente que pode interferir nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença.

Na atuação do fisioterapeuta como agente de saúde, a vigilância ambiental e a sanitária são pouco exploradas pelos profissionais, podendo ser justificado pelo difícil acesso a esses trabalhos por parte da gestão. Entretanto, a saúde do trabalhador e a vigilância epidemiológica são ações preconizadas. Sendo as visitas domiciliares e a condução de grupos operativos, por exemplo, práticas comuns no contexto da Fisioterapia, o profissional pode perceber e compreender qualquer mudança epidemiológica local, tanto no individual como no coletivo. Além disso, a atuação da Fisioterapia na saúde do trabalhador está presente desde os primórdios da profissão. As vítimas de acidente de trabalho fora, inclusive, pacientes beneficiados com a reabilitação da recém-estabelecida profissão. Entretanto, agora a saúde do trabalhador assume um papel mais amplo do que a mera reabilitação pós-acidente. Destina-se, também, aos estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde, tanto físicos como mentais, dentro do ambiente de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos serviços de saúde na atenção primária necessita da compreensão dos fatores que interferem na capacidade dos indivíduos receberem os cuidados adequados e de qualidade, conforme suas necessidades, em tempo oportuno, na disponibilidade de recursos e em determinado tempo e local.

Assim a atuação da fisioterapia na saúde coletiva, no contexto da APS, pode contribuir não só com ações específicas da profissão, mas também, auxiliar no planejamento e execução de estratégias multiprofissionais, devendo atuar sempre como agente de saúde, juntamente com a ESF. As atividades desenvolvidas podem ser objeto para a resolução de problemas e necessidades de saúde, assim como seus determinantes e condicionantes, com um olhar sempre além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis.

Em síntese a formação no programa ReFisc proporciona profissionais capacitados e humanizados, que atuam na integralidade da atenção e assistência, que avalia as necessidades de saúde no ambiente em que atuam, sendo complacentes à formulação de vínculos e potencialidades, favorecendo assim, a melhora dos serviços de saúde, fazendo valer o direito universal, integral e equitativo à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. M. d.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. Base da saúde coletiva. *In: Base da saúde coletiva*, 2001. p. v, 267-v, 267.

BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Fisioterapia em Movimento**, 25, p. 419-431, 2012.

BATISTA CANOVAS, L.; COSTA RAMIREZ, A.; LOPES FERREIRA, L.; VALADÃO FERREIRA DE LIRA, L. *et al.* A importância do matriciamento na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **RECISATEC - REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA - ISSN 2763-8405**, 2, n. 4, p. e24123, 04/20 2022.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, p. 1627-1636, 2010.

BRASIL, M. d. S. NOTA TÉCNICA Nº 19/2021-SAPS/GAB/SAPS/MS. 2021.

BRASIL, M. d. S., Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. 2014.

BRASIL, M. d. S., Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. 2020.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. SAÚDE, M. d. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário oficial da União**, 1990.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica; n. 28**, V. 1. BÁSICA, D. d. A. 2013.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Práticas em Reabilitação na AB o olhar para a funcionalidade na interação com o território. 2017.

CAMPOS, G. W. d. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, 23, p. 399-407, 2007.

CECAGNO, S.; DE SOUZA, M. D.; DA ROSA JARDIM, V. M. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta scientiarum. Health sciences**, 26, n. 1, p. 107-112, 2004.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H.; ARAÚJO, M. d. A família como foco da atenção primária à saúde. **Nescon/UFMG**, p. 100, 2011.

CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F. *et al.* Guia prático de matriciamento em saúde mental. : Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva 2011.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica. 2016.

CZERESNIA, D.; DE FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009. 8575413538.

DE OLIVEIRA, M. C. C.; DE OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, K. D.; DE OLIVEIRA, G. E. *et al.* Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Brazilian Journal of Health Review**, 3, n. 5, p. 13578-13588, 2020.

DECLARAÇÃO, D. A.-A. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. **Alma-ata, URSS**, 6, p. a12, 1978.

ELIAS, P. E. M.; COHN, A. Health reform in Brazil: lessons to consider. **American Journal of Public Health**, 93, n. 1, p. 44-48, 2003.

FLEURY, S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14, p. 743-752, 2009.

GAVA, M. V. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas.** Universidade Metodista de São Paulo, 2004. 8587589334.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios. **Formação e Prática**, 2, 2012.

JORGE, M. S. B. V., et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, 2014.

KOERNER, A.; ASSUMPÇÃO, S. R. A Lei de Anistia e o Estado democrático de direito no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 24, p. 194-197, 2009.

KROPF, S. P.; HOCHMAN, G. Chagas, Carlos Ribeiro Justiniano. **Dictionary of medical biography. Connecticut/London: Greenwood Press/Westport**, 2, p. 320-325, 2007.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, p. 3-9, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília: MS, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, n. 24) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2009.

- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 21, p. 15-36, 2014.
- RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M. *et al.* Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**, 13, n. 2, p. 1-8, 2006.
- RIBEIRO RODRIGUEZ, M. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Comun. ciênc. saúde**, p. 261-266, 2011.
- RUTTER, M. Child psychiatry: looking 30 years ahead. **J Child Psychol Psychiatry**, 27, n. 6, p. 803-840, Nov 1986.
- SANTOS, M.; MEDEIROS, A.; BATISTON, A.; PONTES, E. *et al.* Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. **Fisioter Bras**, 15, n. 1, p. 69-76, 2014.
- SILVA, I. D. d.; SILVEIRA, M. d. F. d. A. A humanização ea formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, n. suppl 1, p. 1535-1546, 2011.
- SOUZA, L. E. P. F. d. Saúde pública ou saúde coletiva? **REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE**, 15, n. 4, p. 07-21, 2014.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TREMÉA, D. M.; NICARETTA, R. J.; ZORZI, T. L.; PICCININ, A. M. Percepções de estudantes do curso de Fisioterapia sobre a territorialização no processo de formação em saúde. **Revista de Extensão da UNIVASF**, 10, n. 2, p. 244-257, 2022.
- UFSC. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**.
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf: 2016.
- VÉRAS, M. M. S.; PINTO, V. d. P. T.; DE OLIVEIRA, E. N.; QUINDERÉ, P. H. D. O fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, 5, n. 1, 2004.
- VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 15, p. 225-264, 2005.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária brasileira**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018. 6557080741.

ZORZI, N. T.; MOCINHO, R. R. Implementação do SUS, uma análise de sua trajetória.
Henrique Kujawa Paulo Carbonari (Orgs.), p. 49.