



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 07, pp. 38425-38429, July, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19397.07.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PRÁTICAS DE RESIDENTES FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NOS DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Natália de Souza Duarte¹, Jeice Sobrinho Cardoso², Lorena Pinheiro da Conceição³, Renilce Machado dos Santos Araújo⁴ and Tatiane Bahia do Vale Silva⁵

¹Fisioterapeuta. Residente em Estratégia Saúde da Família. Universidade do Estado do Pará – UEPA. Belém, Pará, Brasil

²Terapeuta Ocupacional. Residente em Estratégia Saúde da Família. Universidade do Estado do Pará – UEPA. Belém, Pará, Brasil

³Terapeuta Ocupacional. Especialização em Terapia da mão e Reabilitação de Membro Superior. Pós-graduanda em Saúde Pública. Universidade do Estado do Pará – UEPA. Belém, Pará, Brasil

⁴Terapeuta Ocupacional. Mestre em ensino e saúde na Amazônia. Universidade do Estado do Pará – UEPA. Belém, Pará, Brasil

⁵Fisioterapeuta. Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública. Docente da Universidade do Estado do Pará – UEPA. Belém, Pará, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 06th April, 2020

Received in revised form

09th May, 2020

Accepted 21st June, 2020

Published online 30th July, 2020

Key Words:

Primary Health Care. Internship and Residency. Interdisciplinary Research.

*Corresponding author:

Natália de Souza Duarte,

ABSTRACT

The present study aims to describe the practices of Physiotherapists and Occupational Therapists residents in the Multiprofessional Residency Program in Family Health Strategy at the State University of Pará from the perspective of different models of Primary Health Care. Therefore, it is a descriptive study of qualitative approach. The data were obtained by surveying the practice records of the actions carried out by the categories and by analyzing two reflective reports on the first year of the practices as a resident in Primary Health Care in the period from March to December 2019. Through the analysis of the materials, it was identified that residents had practices in three types of model, namely: Semachko model, Traditional model and Family Health Strategy model. Through this experience, it is considered that, among the models, the Family Health Strategy was the one that best allowed the resident to expand care and better reach of learning by directing practices to the principles of Primary Health Care. Therefore, it suggests the expansion of Multiprofessional Residency Programs in the Family Health Strategy in order to strengthen it.

Copyright © 2020, Natália de Souza Duarte et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Natália de Souza Duarte, Jeice Sobrinho Cardoso, Lorena Pinheiro da Conceição, Renilce Machado dos Santos Araújo and Tatiane Bahia do Vale Silva. "Práticas de residentes fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nos diferentes modelos de atenção primária à saúde", *International Journal of Development Research*, 10, (07), 38425-38429.

INTRODUCTION

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como o primeiro nível de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações de cunho individual e coletivo, tendo por finalidade o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da população (Ministério da Saúde [MS], 2017). Este nível é caracterizado como grande agente integrador do ensino-serviço dentro Sistema Único de Saúde (SUS), tendo os Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) como motores de mudanças nesse processo, fortalecendo a busca por melhor acesso e integralidade dos

usuários no sistema. Dentro da APS existem diversos modelos de atenção, caracterizando-se como a "lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas em saúde" ou "modos de organizar a ação e dispor os meios técnicos científicos para intervir sobre problemas e necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo" (Paim, 2012). A fim de normatizar APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz diretrizes e normas para essa organização. A principal estratégia adotada para o alcance da consolidação e organização da APS é estabelecido a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca favorecer e ampliar a resolutividade das ações em saúde, bem como impactar

diretamente a situação de saúde das coletividades. As equipes de ESF devem ser compostas minimamente por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de endemia e agentes comunitários de saúde (MS, 2017). A presença de outros profissionais da saúde dava-se ainda de maneira muito restrita, conforme a necessidade dos municípios, cenário esse que mudou após a criação dos Núcleos Ampliados em Saúde da Família (NASF) em 2008 visando ampliar a abrangência e o escopo da APS, por meio da Portaria Ministerial n. 154, 24 de janeiro 2008, inserindo formalmente demais categorias profissionais, como o Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional (TO), na ESF por meio de apoio matricial (Tavares, Costa, Oishi, Driusso, (2018); Portaria Ministerial n. 154, 2008). Nesse sentido, a inserção da Terapia Ocupacional na ESF se dá por meio do desenvolvimento de ações na comunidade, domicílio e, primordialmente, com as coletividades em seu contexto social, o que colabora para a ampliação da promoção de saúde além dos limites físicos e puramente reabilitativos. O TO desempenha seu papel na APS, respeitando as diretrizes de saúdes preconizadas pelo SUS, delineados na forma de conhecimento do território e suas características, tais como espaço físico, mapas territoriais, conhecimento dos bairros e seus equipamentos físicos, sociais e culturais, das lideranças locais, das dificuldades e potencialidades, problemas socioeconômicos (Bregalda, Cabral, 2017). Segundo Costa et al (2018) a inserção de Fisioterapeutas na APS deu-se de maneira natural por meio de mudanças na grade curricular dos cursos superiores de Fisioterapia, da criação de estágios com alunos e pela participação direta nos serviços, aproximando gradualmente a profissão das ações de saúde coletiva. Temos então, a partir de 2000, a criação das residências multiprofissionais de saúde da família e em 2001, com a alteração das diretrizes curriculares nacionais para o curso de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Conselho Nacional de Educação, 2011). Dentro desse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde têm o potencial de unir em um mesmo espaço de formação e trabalho diversos saberes e fazeres que devem caminhar rumo à integralidade das ações em saúde ofertadas à população. Assim, o PRMS surge como estratégia para a reorganização dos serviços públicos embasado nos princípios do SUS (Silva, Capaz, 2013).

O PRMS sendo uma estratégia nova dentro do SUS tem amplas possibilidades de construção, que devem ser estrategicamente aproveitadas. Mesmo assim, já são relatadas possibilidades exitosas na APS que contribuem para o diagnóstico precoce; o desenvolvimento de atividades direcionadas à comunidade; conhecimento sobre território e processo saúde-doença; integração com outras categorias; participação no controle social e de gestão; construção de um novo perfil de profissional para atuar na ESF. Além disso, o trabalho em equipe amplia e qualifica o trabalho dos saberes específicos (Silva, Dalbello-Araujo, 2020). Os PRM em saúde da Família visam contribuir na sistematização do modelo assistencial, uma vez que promovem a construção de um novo perfil do profissional de saúde, mais humanizado e resolutivo aos desafios e necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Contribuem, favorecem e possibilitam respostas mais efetivas para a ESF e NASF-AB (MS, 2020). O Ministério da Saúde, afirma que as residências multiprofissionais, bem como todas as demais na área da saúde, obedecem aos princípios e diretrizes do SUS e são estabelecidas nos territórios de acordo com as necessidades locais e regionais em saúde (MS, 2020). Nessa perspectiva, a Universidade do Estado do Pará (UEPA) passou a ofertar

desde o ano de 2012 vagas em diversas áreas multiprofissionais, entre elas no Programa de Residência Multiprofissional em saúde da Família (PRMSF). Entretanto, estudos apontam que os residentes pouco publicam sobre suas vivências durante a inserção nos programas, talvez pela possibilidade de um amadurecimento maior sobre as experiências no PRMS ocorrer após a vivência, ou seja, pode ocorrer de o residente não conseguir refletir sobre seu fazer durante as práticas, o que dificulta a construção de estudos (Silva, Dalbello-Araujo, 2020). A RMSF desperta um universo de possibilidades e aprendizados que são construídos ao longo dos anos, mas também traz à tona muitas emoções e ansiedades diante do cenário apresentado, uma vez que a vivência do residente consiste na interação e não, somente, a observação do contexto de prática. Dessa forma, o residente é sujeito atuante na colaboração e execução de atividades na comunidade em que esteja inserido (Lucas et al., 2016). Diante do exposto e a partir do conhecimento, compreensão sobre a necessidade de difundir produções de residentes e da vivência da realidade profissional na APS, o objetivo do presente estudo é descrever as práticas de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais residentes no PRMS em Estratégia Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará em diferentes modelos na APS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com base no relato da experiência de residentes Fisioterapeutas e TO do PRMS em ESF da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Os dados foram obtidos por meio do levantamento de registros de prática das ações realizadas pelas categorias e pela análise de dois relatórios reflexivos sobre o primeiro ano das práticas como residente em APS. Esses registros emergiram sob influência também dos processos avaliativos da residência, pois esta é processual e há preceptores e tutores que estimulam a criação desses recursos para discussões em grupo e reflexão das práticas no serviço. Desse modo, as atividades aconteceram no período de Março a Dezembro de 2019 em Unidades Municipais de Saúde (UMS), Centro de Saúde Escola (CSE) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de 2 municípios do Pará pertencentes a Região de Saúde Metropolitana I. Para interpretação dos resultados, e com base nos materiais de análise, organizamos as categorias: 1. Reflexões sobre o fazer profissional nos diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde; 2. Sobre a formação Multiprofissional: reflexões a partir do processo de trabalho do residente em ESF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reflexões sobre o fazer profissional nos diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde: Os residentes em ESF, durante o processo de formação, realizam práticas em diversos cenários os quais fazem parte de configurações diferentes de modelos de atenção primária. Sendo assim, as atividades foram desenvolvidas em CSE dentro do modelo Semachko, UMS no modelo Tradicional e no formato NASF-AB no modelo ESF. O modelo Semachko, oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários é provido por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra (Mendes, 2015). Ou seja, as ações são direcionadas à saúde da mulher e da criança. Durante a estadia no CSE, os residentes desenvolveram suas ações dentro do

modelo Semachko, onde praticaram o trabalho interprofissional e tiveram todas as suas ações direcionadas à saúde da criança, especificamente sobre a vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM). Antes que fossem realizadas as primeiras avaliações, houve a explicação pelos preceptores sobre o processo de trabalho de acordo com o Manual de Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), onde foi abordada faixa etária de acompanhamento e periodização, classificação de risco, principais condutas para estimulação precoce, conhecimento sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para referenciamento das crianças aos demais níveis de atenção à saúde, quando necessário, e ambientação com os recursos do setor. Nesse cenário, aos usuários, responsáveis pelas crianças avaliadas, foram realizadas orientações para educação em saúde a respeito da prevenção de acidentes domésticos, bem como, sobre o estímulo ao desenvolvimento infantil no ambiente domiciliar. Além disso, também existiram momentos de formação através de ações de Educação Permanente para os Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do setor sobre os marcos do DNPM. Sabe-se que as estratégias voltadas para saúde da criança são consideradas prioritárias para o MS. Em 2015, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria n. 1.130 (2015), a qual sintetiza de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. O documento aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (MS, 2015). O Quadro 1, apresenta as principais atividades desenvolvidas no CSE com foco na saúde da criança no serviço de Vigilância do DNPM:

Quadro 1. Principais atividades desenvolvidas por residentes Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais dentro do modelo Semachko no formato Centro de Saúde Escola (CSE)

Modelo de Semachko (CSE)

Vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM).
Educação em saúde interprofissional sobre saúde da criança.
Estimulação precoce.
Encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde.
Educação permanente sobre saúde das crianças para a equipe de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.

Ao serem inseridos no modelo tradicional, dentro de uma UMS (já foi citada essa sigla?), os residentes perceberam o trabalho pautado em programas assistenciais, que apesar do esforço de alguns profissionais, se torna um contexto áspero para executar todos os princípios da APS. Este modelo tradicional, descrito como “caro e que não agrega valor para as pessoas”, é composto por médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família que atendem a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem (Mendes, 2015). Além disso, o modelo tradicional apresenta tentativas honestas de fazer o sistema funcionar para todos, tentando acomodar usuários com necessidade de cuidados crônicos e com demanda espontânea por condições agudas. No entanto, há uma demanda espúria, com tempo elevado de espera para se conseguir um agendamento, facilitando o aumento da taxa de não comparecimento (*no-show*) às consultas. Além disso, criam-se mecanismos complexos que acabam restringindo o acesso, tais como reservas específicas na agenda para “saúde da mulher”, “saúde do homem”, “consulta de rotina”, entre outras (Vidal, Rocha, Harzheim, Hauser, Tesser, 2019).

Dentro das vivências dos residentes, foram percebidas dificuldades para execução do trabalho interprofissional, atenção ao indivíduo de forma integral e territorialização. Em contraponto, os preceptores ligados ao PRMP em ESF se mostraram mais familiarizados com os princípios da APS e estimulados a executá-los na prática, instruindo os residentes a como organizar o processo de trabalho direcionado a estes. As ações realizadas durante o tempo de estadia dos residentes fisioterapeutas foram dentro de um grupo de idosos com atividades direcionadas ao ganho de equilíbrio, força, coordenação motora, agilidade, visando gerar independência a estes. Durante esse grupo foram executadas ações de educação em saúde uniprofissionais sobre a prevenção de quedas direcionando a realidade dos idosos. Os residentes também tiveram a oportunidade de se integrar através de um grupo operativo, gerenciado por fisioterapeuta, enfermeiro, TO, psicólogo e nutricionista, para hipertensos e diabéticos que iniciou com acolhimento das demandas dos usuários e posteriormente foram realizadas ações de educação em saúde e atividades corporais através de práticas integrativas e complementares, com o objetivo de reduzir e controlar os índices de pressão arterial sistêmica e níveis séricos de glicose dos usuários. Os residentes Terapeutas Ocupacionais também realizaram atendimentos individuais com atenção voltada as demandas cognitivas e de saúde mental do público Adulto e Idoso. Além disso, também vivenciaram as práticas grupais de treino cognitivo para idosos, de saúde mental e também o serviço de controle do tabagismo, onde os residentes acompanharam o tratamento e o processo de parada do vício de fumar e sendo possível ter a experiência de executar a modalidade de tratamento grupal com outros profissionais. Ademais, ambas as categorias, em setores diferentes, realizaram atendimentos individuais e grupais e receberam instruções dos preceptores sobre o processo de trabalho com classificação de risco, organização de lista de espera, conhecimento sobre a RAS para referenciamento de usuários. O Quadro 2 apresenta as principais atividades realizadas por Fisioterapeutas e TO residentes dentro desse modelo de APS.

Quadro 2. Principais atividades desenvolvidas por residentes Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais dentro do modelo tradicional no formato Unidade Municipal de Saúde (UMS)

Modelo tradicional (UMS)

Educação em saúde uniprofissional sobre quedas.
Grupo operativos (idosos).
Grupo operativos interprofissional para hipertensos.
Atendimento individual – reabilitação, treino cognitivo e saúde mental.
Encaminhamento para outros níveis de atenção.
Classificação de risco
Grupos operativos de Saúde Mental.
Avaliação e estimulação cognitiva.

Quando inseridos dentro do modelo ESF, os residentes executaram mais precisamente o que outrora havia sido abordado em sua formação por aulas teóricas. Dentro do NASF-AB os mesmos realizaram atividades de Educação em Saúde de acordo com as demandas do território ou com o calendário do Ministério da Saúde, bem como ações programáticas em âmbito uni, multi e interprofissional. Além disso, houve visitas domiciliares, atendimentos individuais, atendimentos compartilhados, encaminhamentos para outros níveis de atenção ou para outros pontos da RAS, eram ações diárias direcionadas pelas equipes de referência. Os preceptores deste modelo se mostraram receptivos a entender o objetivo do PRMP e a integrar os residentes às suas equipes.

Dentro dessas, foram realizadas atividades de Educação Permanente ao NASF-AB e ESF abordando as demandas visualizadas tanto pelos preceptores quanto pelos residentes. Foi possível observar que, quando essas equipes eram interligadas no trabalho interprofissional ocorria um melhor comunicação e consequente avanço no processo de trabalho, sendo possível reuniões de planejamento conjunto e repasse de demandas entre estas, e assim contribuindo para maior resolução dos casos. Ademais, também foi possível observar que quando a equipe NASF-AB estava comprometida em aprimorar constantemente seu processo de trabalho realizando atividades constantes de territorialização, foram executadas mais ações intersetoriais, além de mais atividades desenvolvidas no Programa Saúde na Escola. Dentro desse processo, os residentes oportunizaram a participação de forma interprofissional em grupos de estímulo cognitivo objetivando associar as práticas de treino cognitivo por parte dos Terapeutas Ocupacionais e independência funcional, pelos Fisioterapeutas. Somando experiências anteriores, os residentes também propuseram projetos para implementação da vigilância do DNPM que foi bem aceito e executado pelas equipes, se tornando uma prática rotineira. Autores apontam que a ESF caracteriza-se como modelo alternativo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (Teixeira, 2002; Giovanela, 2012). Na literatura, pesquisas realizadas no Brasil, utilizando a metodologia do PCATool (Instrumento de avaliação da atenção primária), que mede a coerência entre os atributos da APS e sua prática operacional, verificaram que, em todos eles e em diferentes regiões de nosso país, o modelo ESF, ainda que muitas vezes influenciada por outros modelos de atenção, foi sempre superior aos modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional e Semachko. Desta forma, há evidências da superioridade da ESF sobre outros modelos alternativos de APS no país (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2015). O Quadro 3 apresenta as principais atividades desenvolvidas pelos residentes do presente estudo no modelo ESF.

Quadro 3. Principais atividades desenvolvidas por residentes Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais dentro do modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) no formato Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Modelo de Estratégia Saúde da Família (NASF-AB)
Educação em saúde uniprofissional e multiprofissional sobre diversos temas.
Visita domiciliar.
Grupo interprofissional para estímulo cognitivo.
Ações programáticas.
Educação permanente com a equipe NASF-AB e ESF.
Encaminhamento para outros níveis de atenção.
Vigilância do DNPM.
Atendimento compartilhado.
Ações intersetoriais.
Reuniões de planejamento entre equipe ESF e NASF-AB.
Atividades desenvolvidas no Programa Saúde da Escola.
Ações de territorialização.

Na região Norte tem-se a experiência da inserção do Fisioterapeuta e TO nos modelos tradicional e Semachko, diferente de outras regiões do país em que geralmente estes

profissionais estão restritos somente ao modelo ESF. Esta configuração local faz com que os residentes possam vivenciar a inserção desses profissionais em vários contextos diferentes.

Sobre a formação Multiprofissional: reflexões a partir vivências do residente em ESF: Os PRMS proporcionam a experiência do desenvolvimento e construção de saberes com outras profissões. Isso contribui para a ampliação da integralidade na atenção ao usuário, bem como, no conhecimento das habilidades e competências de cada profissão (Mello et al, 2018). Desse modo, durante o período das vivências, compreendemos a atuação multiprofissional como uma forma de ser resolutivo na atenção primária. Seja através de encaminhamentos adequados para a RAS, das discussões de casos ou de atendimentos compartilhados. Durante as práticas, com frequência os residentes estavam em equipe multiprofissional. Uma razão se deve aos cenários de prática, já que, os Fisioterapeutas e TO desse programa estão inseridos comumente nos NASF-AB. Nesse serviço, foi possível experienciar o cuidado integral através da intervenção de várias categorias, da discussão de casos e atendimento compartilhado, por exemplo. Dentro desse contexto, o residente consegue ampliar sua visão, antes reducionista, para holística. Compreendendo através da prática profissional a relevância dos aspectos psicoemocionais, sociais, epidemiológicos, ocupacionais e espirituais. O desenvolvimento ou ampliação dessas habilidades podem ser relacionadas ao tipo do serviço que impulsiona a uma prática essencialmente coletiva e territorial que é o NASF-AB. Nesse serviço, a atuação deve ser voltada para Ação interdisciplinar e intersetorial; Desenvolvimento da noção de território; Integralidade, participação social; Promoção da saúde e humanização bem como Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais e da população (MS, 2010) Sobre as práticas de EPS, em alguns dos locais, os profissionais aguardavam a chegada do residente para atualizá-lo sobre os temas mais diversos: territorialização, estratificação de risco, processo de trabalho, políticas, cuidados às populações específicas (crianças, idosos, mulher, por exemplo). De acordo com Neto e Bandeira (2019), a residência ao promover espaços de EPS é capaz de ressignificar os processos de trabalho em saúde, melhorar as condutas profissionais e faz com que o profissional se sinta valorizado, uma vez que a EPS emerge de desafios e necessidades dos mesmos. Sobre isso, Neto e Bandeira (2019) ainda afirmam que, a inserção de residentes multiprofissionais em EPS conduz a aprendizagem significativa para o próprio residente, quanto em qualificação do trabalhador do serviço, inclusive nas questões que dizem respeito ao processo de trabalho das equipes de ESF. Em ESF, os residentes puderam vivenciar a necessidade de conhecer o território, as demandas principais, a equipe, bem como, pensar em maneiras de fortalecer a relação do usuário com o serviço, e em ações coletivas que fossem resolutivas aos problemas de um determinado local.

Assim, através de nossa experiência, compreendemos que a formação multiprofissional do residente em ESF tem ocorrido. No entanto, ainda enfrentamos dificuldades no ensino em serviço pela ausência de formação de preceptores, dificuldade em superar a imposição rígida de rotinas de trabalho por alguns profissionais e gestores. Mello et al (2018), após pesquisa realizada com 13 docentes de um PRMS, também aponta que, os residentes perpassam por algumas limitações durante seu processo de formação advindos, por exemplo da falta de trabalhadores nos serviços de saúde referente ao seu

núcleo de formação. Mesmo diante desses entraves, é possível, através da atuação cotidiana, interagir com profissionais de outras categorias e dentro das possibilidades, modificar e contribuir para melhoria de serviços. Nesse cenário, refletimos sobre a importância de compreender o conceito multiprofissional e buscar constantemente, mecanismos que favoreçam o fortalecimento do cuidado interprofissional. Além disso, enfatizamos que o PRM em ESF tem contribuído para a formação política, tecnológica e assistencial dos profissionais.

Considerações Finais

O presente estudo se propôs em relatar experiências de profissionais Fisioterapeutas e TO residentes em ESF. A partir do exposto, consideramos que o cenário em estudo apresenta dificuldades no processo efetivo do ensino em serviço, isso por meio da ausência de capacitações de preceptorias, bem como da própria organização da APS na região de saúde em estudo, isso porque o nível de atenção relatado ainda encontra-se preso à modelos antigos e tradicionais de cuidado. No entanto, mesmo diante das limitações, acreditamos a partir das vivências que o PRM em ESF tem possibilitado aos profissionais refletirem sobre o seu papel e responsabilidade no SUS e repensar as práticas e inovar na assistência. Além disso, consideramos que o modelo de atenção ESF tem sido o que mais proporciona a ampliação do cuidado, melhor alcance do aprendizado pelo direcionamento das práticas aos princípios da Atenção Primária à Saúde, melhores vivências multiprofissionais e interprofissionais dentro do sistema de saúde. Por isso, sugere-se a ampliação do PRMS em ESF pelo Brasil como forma de fortalecimento deste modelo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, M. da S. (2015). PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. *Diário Oficial Da União*, 1–6.
- Brasil. (2017). Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017. *Portaria Nº 2436, 2436(21)*, 38. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica* (p. 152). Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/acad27.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2020). Residência Multiprofissional em Saúde da Família [Web page]. Retrieved from <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/>.
- Cabral, L. R. da S., & Bregalda, M. M. (2017). A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 25(1), 179–189. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoar0763>
- Conselho Nacional de Educação - CNES, & Câmara de educação Superior - CES. (2011). Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Fisioterapia e Terapia Ocupacional. *Diretrizes Curriculares Nacionais Para Os Cursos de Graduação Em Fisioterapia e Terapia Ocupacional*, 1–33. Retrieved from http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva* (Vol. 21, p. 127). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., Carvalho, A. I. (2012). Políticas e sistemas de saúde no Brasil (2a ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Lucas, A. B., Freitas, N. A., Freitas, F. D., Neto, O. A. P., Lacerda, R. A., Cavalcante, V. O. M. (2016). Sentimentos que transpõem a residência Multiprofissional em Saúde da Família: Relato de Experiência. *SANARE*. 15(2), 154-159.
- Mello, A. L., Terra, M. G., Nietsche, E. A., Siqueira, D. F., Canabarro, J. L., & Arnemann, C. T. (2018). Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 8. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2567>
- MENDES, E. V. (2015). *A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE. Science and Engineering Indicators* (pp. 309–344).
- Paiva Neto, F. T. de, & Bandeira, A. C. N. (2019). RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDUTORA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 18(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i2.1377>
- Tavares, L. R. C., Costa, J. L. R., Oishi, J., & Driusso, P. (2018). Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(1), 9–19. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15774625012018>.
- Teixeira, C. F. (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suppl), S153–S162. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000700015>
- Vidal, T. B., Rocha, S. A., Harzheim, E., Hauser, L., & Tesser, C. D. (2019). Scheduling models and primary health care quality: a multilevel and cross-sectional study TT - Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev. Saúde Pública (Online)*, 53, 38. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100233
